Warszawa, dnia ….………… 20……….. r.

*Wypełnia Urząd*

**RS numer: ………….**

nr księgi rejestrowej podmiotu leczniczego:

nazwa i adres podmiotu leczniczego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Wypełnia Przedstawiciel – należy wypełnić czytelnie – komputerowo lub drukowanymi literami*

**DANE PRZEDSTAWICIELA WOJEWODY DO RADY SPOŁECZNEJ**

*Imię przedstawiciela:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nazwisko przedstawiciela:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania (*do korespondencji*)

*Nazwa ulicy i nr:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ul.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **nr** |  |  |  |  |  |  |  |  |

*lub w przypadku braku ulicy Miejscowość i nr:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **nr** |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Kod pocztowy: Poczta:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Telefon kontaktowy\*:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Adres email\*:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejsce pracy (nazwa i adres):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na reprezentowanie Wojewody Mazowieckiego w Radzie Społecznej, działającej przy podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą na podstawie art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.).

……………………..……………………..

Data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu prowadzenia spraw związanych z przedstawicielami Wojewody Mazowieckiego w radach społecznych działających przy podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, obejmujących przekazywanie tych danych organom tworzącym te podmioty, w tym jednostkom samorządu terytorialnego, podmiotom leczniczym, przy których funkcjonuje rada społeczna, do której nastąpiło delegowanie oraz przesyłanie materiałów elektronicznych.

..............…………………………………..

Data i czytelny podpis

*Dane kontaktowe:*

*Wydział Zdrowia Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie   
pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa*

*tel.: 22 695 69 00 – sekretariat*

*e-mail:* [*wz@mazowieckie.pl*](mailto:wz@mazowieckie.pl)

*Oddział Organizacji Ochrony Zdrowia*

*tel. 22 695 69 05, 695 64 48*

*e-mail:* [radyspoleczne@mazowieckie.pl](mailto:radyspoleczne@mazowieckie.pl)

**Klauzula informacyjna  
dla przedstawicieli Wojewody w Radzie Społecznej działającej w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679  
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych  
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) uprzejmie informuję, że:

**Tożsamość administratora**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki

Może się Pani/Pan z nami kontaktować w następujący sposób:

listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa

poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą: /t6j4ljd68r/skrytka

poprzez e-mail: info@mazowieckie.pl

telefonicznie: 22 695 69 95

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

Nad prawidłowością przetwarzania Pani/Pana danych osobowych czuwa wyznaczony przez Administratora inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować:

listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa

poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą: /t6j4ljd68r/skrytka

poprzez e-mail: iod@mazowieckie.pl

**Cel przetwarzania danych i podstawa prawna**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z przedstawicielami wojewody w radach społecznych działających przy podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w tym potwierdzenia uprawnień do reprezentowania wojewody w radach społecznych, delegowania i cofania delegacji do rady społecznej i kontaktów związanych z działalnością rad społecznych na podstawie:

* art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku ciążącego na administratorze) w związku z art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
* art. 6 ust. 1 lit. a RODO (osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych) w zakresie adresu e-mail i nr telefonu.

**Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom leczniczym, przy których funkcjonuje rada społeczna, do której nastąpiło delegowanie, organom tworzącym podmioty lecznicze oraz jednostkom samorządu terytorialnego.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia działalności przez podmiot leczniczy, do którego nastąpiło delegowanie. Po tym czasie Pani/Pana dane zostaną zarchiwizowane i będą przechowywane przez okres ustalony Instrukcją Kancelaryjną (kategoria archiwalna A).

**Przysługujące uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych**

Przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

* prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania ich kopii;
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
* prawo do usunięcia danych (jeżeli dane były pozyskane na podstawie wyrażonej zgody);
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym odrębne przepisy mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa;
* prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, w zakresie, w którym przetwarzanie opierało się na przesłance zgody, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Aby skorzystać z powyższych praw należy skontaktować się z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe zawarte są powyżej).

* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
  (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeśli uzna Pani/Pan że przetwarzamy Pani/Pana dane niezgodnie  
   z prawem.

**Informacja o przekazywaniu danych do państw trzecich**

Nie przekazujemy Pani/Pana danych do państw trzecich.

**Informacja o profilowaniu**

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

**Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu zamieszkania oraz miejsca pracy jest niezbędne do prowadzenia spraw związanych z przedstawicielami wojewody w radach społecznych działających przy podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie adresu email i numeru telefonu jest dobrowolne.