………………………………………………….. ………………………………………., dnia………………….  
*(wnioskodawca – nazwa ) (miejscowość, data)*

*……………………………………………………  
(wnioskodawca – adres )*

*……………………………………………………*

*…………………………………………………..  
(wnioskodawca – telefon )*

**Podlaski Państwowy Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny w Białymstoku  
ul. Legionowa 8, 15 – 099 Białystok**

**Wniosek o wydanie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki/radiologii zabiegowej/diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych[[1]](#endnote-1)**

1. **Dane jednostki organizacyjnej:**

Nazwa:………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………….………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu:……………………………………………………………Nr faksu:………………………………………….……..

Adres poczty elektronicznej:…………………………………………………………………………………………….……..

Nr REGON[[2]](#endnote-2): …………………………………Nr NIPb: …………………..…………….Nr KRSb: ….………….……………

1. **Dane kierownika jednostki ochrony zdrowia:**

Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu:……………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres poczty elektronicznej:…………………………………………………………………………………………………….

1. **Przewidywany termin rozpoczęcia działalności[[3]](#endnote-3):**…………………………………………………………………...
2. **Organ wydający zezwolenie:**

Nazwa organu wydającego zezwolenie:……………………………………………………………………………………

Siedziba organu wydającego zezwolenie:…………………………………………………………………………………

Data wydania zezwolenia:………………………………………………………………………………………………………..

1. **Zakres działalności związanej z narażeniem lub będącej częścią medycznych procedur radiologicznych[[4]](#endnote-4)**:……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………
2. **Informacja nt**. **wykonanych testach specjalistycznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczychd:**

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

1. **Medyczne pracownie rentgenowskie jednostki ochrony zdrowia, które będą prowadzić działalność objętą zgodąd**:

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

Adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wykaz dokumentów dołączonych do wniosku[[5]](#endnote-5):**

* Kopia zezwolenia
* Imienny wykaz osób wykonujących czynności z zakresu związanego z ekspozycją medyczną wraz z określeniem ich kwalifikacji , w szczególności odbytych specjalizacji, staży i kształcenia ustawicznego
* Procedury szczegółowe, które będą stosowane[[6]](#endnote-6)
* Wykaz urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, w tym urządzeń pomocniczych wykorzystywanych w ramach teleradiologii, wraz z podaniem ich podstawowych parametrów i daty uruchomienia
* Kopia protokołu wyników wszystkich testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych   
  i urządzeń pomocniczych, w tym urządzeń pomocniczych wykorzystywanych w ramach teleradiologii
* Oświadczenie kierownika jednostki ochrony zdrowia o wdrożeniu programu zapewnienia jakości

**Integralną częścią wniosku jest poniższa informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Podlaski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Białymstoku, ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok, adres e-mail: [wsse.bialystok@sanepid.gov.pl](mailto:wsse.bialystok@sanepid.gov.pl). tel. (85) 740 85 40.
2. W Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować drogą elektroniczną e-mail: [iod.wsse.bialystok@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.bialystok@sanepid.gov.pl)
3. Upoważnieni przez Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku pracownicy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu: wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań nałożonych na Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej ([Dz. U. 2024 poz. 416](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000059)) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ww. rozporządzenia;
4. W związku z przetwarzaniem danych w zakresie realizacji celów wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane, w uzasadnionych przypadkach - na podstawie obowiązujących przepisów prawa, uprawnionym podmiotom. Organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści danych, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania danych lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Pani/Pana dane osobowe będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, jednak nie będą podlegały profilowaniu.

……………………………………………………………….  
*(podpis kierownika jednostki)*

1. *Niepotrzebne skreślić* [↑](#endnote-ref-1)
2. *Wypełnić w przypadku nadania numeru* [↑](#endnote-ref-2)
3. *Jeżeli działalność ma być prowadzona przez czas oznaczony należy podać okres prowadzenia działalności, jednak nie dłuższy niż czas, na który zostało wydane zezwolenie* [↑](#endnote-ref-3)
4. *Rozszerzyć w miarę potrzeby* [↑](#endnote-ref-4)
5. *Uzupełnić właściwe pola znakiem X* [↑](#endnote-ref-5)
6. *Wraz z uzasadnieniem, a w przypadku stosowania procedur szczegółowych zgodnych z wzorcowymi medycznymi procedurami radiologicznymi dla standardowych ekspozycji medycznych – wykaz procedur szczegółowych wraz z podaniem wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych, według których je opracowano* [↑](#endnote-ref-6)