

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
NA CZŁONKA RADY FUNDUSZU MEDYCZNEGO**

I. Dane Kandydata na Członka Rady Funduszu Medycznego i Organizacji zgłaszającej Kandydata

1. Imię i nazwisko kandydata:	
2. Adres e-mail do korespondencji:	
3. Telefon kontaktowy:	
4. Nazwa organizacji zgłaszającej kandydata:	
5. Adres oficjalnej strony internetowej organizacji zgłaszającej kandydata (jeżeli jest utworzona):	
6. Imię i nazwisko Prezesa/Przewodniczącego/osoby uprawnionej do zrepresentowania organizacji:	
7. Adres organizacji:	
8. Adres e-mail do korespondencji:	
9. Telefon kontaktowy:	

II. Oświadczenia Kandydata na Członka Rady Funduszu Medycznego i Osoby reprezentującej Organizację zgłaszającą Kandydata

OŚWIADCZENIE DLA KANDYDATA:

Podpisując formularz jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie.

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ ORGANIZACJĘ:

Podpisując formularz oświadczam, że do zadań statutowych organizacji zrzeszającej pacjentów, którą reprezentuję, należą sprawy objęte zakresem ustawy¹.

III. Informacja o działalności Organizacji zgłaszającej Kandydata do Rady - wskazanie zakresu zadań statutowych organizacji, zgodnych z zakresem spraw objętych ustawą

Proszę wskazać zakres zadań statutowych organizacji, zgodnych z zakresem spraw objętych ustawą (wskazanie subfunduszu, zgodności zadań statutowych z celami Funduszu o których mowa w art. 3 ustawy):

IV. Podpisy²

KANDYDAT

**OSOBA UPRAWNIONA DO
REPREZENTACJI ORGANIZACJI**

/dokument podpisany elektronicznie/

/dokument podpisany elektronicznie/

Załączniki:

1. Statut Organizacji zgłaszającej Kandydata
2. CV Kandydata

**Klauzula informacyjna
dla kandydatów na członka Rady Funduszu Medycznego**

Zgodnie z art. 13 RODO informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15, z którym można kontaktować się listownie lub za pomocą e-mail: kancelaria@mz.gov.pl.

¹ Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. 2020 poz. 1875)

² Proszę uzupełnić imię i nazwisko osób, które podpiszą dokument

- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: iod@mz.gov.pl lub listownie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procedury naboru na członka Rady Funduszu Medycznego w oparciu o udzieloną zgodę na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 4) Państwa dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.
- 5) Nie przetwarzamy Państwa danych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania. Nie przekazujemy Państwa danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia instrukcją kancelaryjną.
- 7) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- 8) Przysługuje Państwu prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Mogą to Państwo zrobić, jeśli uznają, że przetwarzamy dane osobowe z naruszeniem przepisów prawa.
- 10) Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w naborze na członka Rady Funduszu Medycznego.

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli

podpis Kandydata
/dokument podpisany elektronicznie/