.……………………………

(miejscowość, data)

…………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………………

 (adres zamieszkania)

………………………………………..

 (telefon)

**Oświadczenie**

 Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

 wyrażam zgodę na powołanie na członka Rady Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie,

 korzystam z pełni praw publicznych,

 nie zostałem prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione umyślnie,

 zamieszkuję na obszarze działania Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

 jestem ubezpieczony (objęty powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym) zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

 nie zachodzi żadna z przesłanek, o której mowa w art. 106 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

…………………………………………………….

podpis kandydata na członka Rady

**Klauzula informacyjna – Rada Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie**

1. Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Warmińsko-Mazurski, Al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 7/9, 10-575 Olsztyn.
2. W sprawach dotyczących danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – email: iod@uw.olsztyn.pl
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu powołania do Rady Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie.
4. Państwa dane osobowe: imię, nazwisko, dane adresowe, przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
5. Państwa dane osobowe: numer telefonu, przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – tj. Państwa zgody i będą przetwarzane do czasu jej odwołania. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez czas członkostwa w radzie, przez dwa lata od pierwszego stycznia następnego roku będą przechowywane w komórce prowadzącej sprawę, następnie przekazane do archiwum zakładowego i tam przechowywane przez 25 lat.
7. Państwa dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom uprawnionym do żądania danych, co musi wynikać z obowiązujących przepisów prawa lub podmiotom realizującym zadania na rzecz administratora danych osobowych, takim jak operator pocztowy - Poczta Polska. Państwa dane będą udostępnione Warmińsko-Mazurskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie.
8. Państwa dane osobowe po zakończeniu przetwarzania w Urzędzie Wojewódzkim zostaną przekazane Archiwom Państwowym.
9. Przysługuje Państwu prawo do żądania od administratora danych osobowych: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania.
10. Przysługuje Państwu prawo do żądania od administratora danych osobowych usunięcia danych przetwarzanych na podstawie udzielonej zgody.
11. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
12. Podanie przez Państwo danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne, aby móc kandydować do Rady Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie. Niepodanie danych w zakresie: imienia, nazwiska, adresu, będzie skutkowało brakiem możliwości ubiegania się o członkostwo w Radzie.