………………………………. ……………………………

 (pieczątka placówki) (miejscowość, data)

**U P O W A Ż N I E N I E**

**DO ODBIORU SZCZEPIONEK**

Niniejszym upoważniam Panią/Pana.....................................................................................................

 *(imię i nazwisko)*

zatrudnioną w ........................................................................................................................................

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

*(nazwa placówki)*

na stanowisku.........................................................................................................................................

legitymując/-ą/-ego się dowodem osobistym nr………………..……………………………….…….

wydanym dnia......................................, przez…………………………………………………………

do odbioru preparatów szczepionkowych z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Sulęcinie, ul. Lipowa 14b w Sulęcinie, stosownie do złożonego pisemnego zapotrzebowania, przeznaczonych dla:

...............................................................................................................................................................

*(podać nazwę placówki)*

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba została przeszkolona w zakresie właściwych zasad transportu preparatów szczepionkowych i gwarantuje zachowanie łańcucha chłodniczego.

Niniejsze upoważnienie wydaje się w 2 egzemplarzach na okres ………………….……………….

 ………………………………………………..

 Pieczęć i podpis upoważniającego
 (dyrektora/kierownika/właściciela placówki)

Otrzymują:

1. Osoba upoważniona

2. PSSE w Sulęcinie

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dla osoby upoważnionej przez świadczeniodawcę do odbioru preparatów szczepionkowych**

**z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sulęcinie**

 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO informujemy, że:

**Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Sulęcinie, reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sulęcinie
z siedzibą przy ul. Lipowej 14b, 69-200 Sulęcin.

**Inspektor ochrony danych**

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: iod.psse.sulecin@sanepid.gov.pl

**Cel i zakres przetwarzania**

Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w celu realizacji obowiązku nałożonego w art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi tj. zapatrzenia świadczeniodawców w preparaty szczepionkowe.

Zakres przetwarzanych danych: imię i nazwisko osoby upoważnionej, miejsce zatrudnienia, stanowisko, seria i numer dowodu osobistego, w celu identyfikacji osoby upoważnionej przez kierownika placówki (świadczeniodawcę) do odbioru preparatów szczepionkowych.

**Okres przechowywania danych**

Dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji ww. celu, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

**Odbiorcy danych osobowych**

Dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymywania,
w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

**Prawa osób, których dane dotyczą**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub
w ramach sprawowania władzy publicznej; prawo do ograniczenia przetwarzania danych; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, istnieje wówczas prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

**Informacja o wymogu podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą przetwarzane w formie profilowania.

**Informacja o zamiarze przekazania danych do Państwa trzeciego**

Dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.

……………………….….

*(podpis osoby upoważnionej)*