*Załącznik nr 1 – Or/06*

 Zambrów, …………………………. r.
 (data)

……………………………………..
 (imię i nazwisko)

……………………………………..

 (adres)

……………………………………..
 (adres)

……………………………………..
 (PESEL)

……………………………………..
 (numer telefonu)\*

\* podanie danych jest dobrowolne,

jednakże ułatwi nam kontakt z Panią/Panem w sprawie

**Sz. P.**

**Kazimierz Dąbrowski**

**Burmistrz Miasta Zambrów**

**WNIOSEK**

 Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**UZASADNIENIE**

……………………………………………………………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………...........……………………………………………………………………………………………...........……………………………………………………………………………………………...........……………………………………………………………………………………………...........……………………………………………………………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………...........

 …………………………………

 (czytelny podpis)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Zambrów,
ul. Fabryczna 3, 18-300 Zambrów.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych możliwy jest pod mailem: inspektorochronydanych@kowalczyk.pro.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj. MOPS w Zambrowie oraz NFZ.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania,
w uzasadnionych przypadkach usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W celu wykonania swoich praw należy skierować żądanie pod adres e-mail: inspektorochronydanych@kowalczyk.pro.
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa, w pozostałych przypadkach jest dobrowolne.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

……………………………………………………..