

.....
Miejscowość, data

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

NIP: REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Kod ewidencyjny apteki:

**ZGŁOSZENIE ZASTĘPSTWA NA STANOWISKU KIEROWNIKA
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że **Pani/Pan** **PESEL:**

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:(w przypadku magistra farmacji)

numer dyplom ukończenia szkoły :(w przypadku technika farmaceutycznego)

w okresie od dnia roku do dnia roku pełni obowiązki kierownika

apteki/punktu aptecznego, w tym składa podpisy pod zestawieniami zbiorczymi recept

w imieniu kierownika apteki, Pani/Pana, podczas jego nieobecności w

aptece spowodowanej

**WZÓR PODPISU I PARAFY
ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....
Podpis i pieczęć podmiotu
prowadzącego aptekę/punkt apteczny

.....
Podpis i pieczęć **KIEROWNIKA**
apteki/punktu aptecznego

Załączniki:

1. Oświadczenie zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnianiu warunków do pełnienia funkcji kierownika.
2. Oświadczenie o zgodzie na przetwarzaniu danych osobowych.
3. Oświadczenie o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji.
4. Kopia prawa wykonywania zawodu zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
5. W przypadku technika farmaceutycznego: kopia dyplomu ukończenia szkoły poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący punkt apteczny.

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

**OŚWIADCZENIA
ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

1. Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-3 lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).
2. Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art. 233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane w zgłoszeniu powierzenia zastępstwa na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego i załącznikach do zgłoszenia zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

.....
Podpis/y i pieczęć

Osoby reprezentującej wnioskującego

.....
Podpis/y i pieczęć

zastępcy kierownika apteki/ punktu aptecznego

Numer umowy:

.....

Miejscowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w NFZ umieszczoną poniżej.

.....
Podpis/y i pieczęć Osoby reprezentującej
wnioskującego

.....
Podpis i pieczęć zastępcy kierownika apteki/
punktu aptecznego

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

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* informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Rakowieckiej 26/30, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym może Pan/i kontaktować się listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30, za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrała/SkrytkaESP oraz e-mailem: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl .

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Narodowym Funduszu Zdrowia: iod@nfz.gov.pl

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie 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.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.).

Podanie przez Pana/i danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.