Dane świadczeniodawcy:

Nazwa

Adres

Telefon

e-mail

Nr umowy POZ

**WNIOSEK**

**O ZAWARCIE UMOWY O POTWIERDZANIE**

**W IMIENIU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA PROFILU ZAUFANEGO**

Wnioskuję o zawarcie umowy o potwierdzanie w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia profilu zaufanego na podstawie art. 20c ust. 2a ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne z …………………..........................................…………………………………..Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Równocześnie oświadczam, że spełniam i stosuję warunki określone w rozporządzeniu 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), (RODO), w szczególności w zakresie art. 13, 28 i 32, w miejscu realizacji umowy, zapoznałem osoby potwierdzające profil zaufany z zasadami określonymi w RODO, oraz zobowiązuję się do pomagania świadczeniobiorcom, którym potwierdzę profil zaufany w zakresie wykonywania ich praw określonych w rozdziale III RODO, a także poddam się audytowi, w tym inspekcji przeprowadzanych przez Fundusz.

Jednocześnie potwierdzam, że osoby, które zgłosiłem do potwierdzania profili zaufanych posiadają profil zaufany, oraz że zapoznałem osoby wskazane do potwierdzania profili zaufanych z „Instrukcją użytkownika systemu profil zaufany", oraz z „Instrukcją dla osoby potwierdzającej profil zaufany”, których właścicielem jest Ministerstwo Cyfryzacji, oraz zobowiązałem zgłoszone osoby do ich stosowania.

………………………………………………

Data, pieczątka/nadruk/naklejka
i podpis świadczeniodawcy