WNIOSEK

w sprawie uprawnień do potwierdzania profilu zaufanego w imieniu   
Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Wypełnia świadczeniodawca

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskuję o:** | |
| 🞏nadanie uprawnień do potwierdzania profilu zaufanego\*) | |
| 🞏odebranie uprawnień do potwierdzania profilu zaufanego z dniem: ………………………..……………\*) | |
| Imię i nazwisko osoby potwierdzającej profil zaufany |  |
| Nazwa użytkownika (login) profilu zaufanego |  |
| PESEL |  |
| Miejsca potwierdzania profili zaufanych przez użytkownika |  |
| Nazwa świadczeniodawcy |  |
| Adres świadczeniodawcy |  |
| Nr umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej |  |
| Telefon świadczeniodawcy do kontaktu w sprawach profilu zaufanego |  |
| e-mail świadczeniodawcy |  |

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

Data, pieczątka/nadruk/naklejka

i podpis świadczeniodawcy

1. Wypełnia użytkownik konta:

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że znam i będę stosować procedury zarządzania profilami zaufanymi oraz nadawania uprawnień do potwierdzania, przedłużania ważności i unieważniania profilu zaufanego zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Cyfryzacji. | ……………………………………………………  *Data, podpis*  *użytkownika konta* |
| Oświadczam, że:   1. zostałem/-am upoważniony/-a do przetwarzana danych osobowych u ww. świadczeniodawcy; 2. zostałem/-am przeszkolony/-a z zasad bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania; 3. zostałem/-am poinformowany/-na o zakazie potwierdzania profilu zaufanego po zakończeniu realizacji zadań powierzonych mi przez świadczeniodawcę w ramach zawartej ze mną umowy; 4. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z potwierdzaniem profili zaufanych w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia. | ……………………………………………………  *Data, podpis*  *użytkownika konta* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia | |
| Potwierdzenie posiadania przez świadczeniodawcę umowy o potwierdzanie w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia profilu zaufanego | |
| Umowa nr…………………………………………………….. zawarta z ………………………………………… OW NFZ | ………………………………………………………….  Data i podpis |

|  |  |
| --- | --- |
| Uprawnienia do potwierdzania w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia profilu zaufanego | |
| 🞏 Nadano\*)🞏 Odmówiono nadania uprawnień\*) | ………………………………………………………….  Data i podpis |

\* - właściwe zakreślić znakiem „x”