



## Formularz uczestnictwa w programie

Program polityki zdrowotnej w zakresie wspierania  
osób dotkniętych niepłodnością  
z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego  
na lata 2019-2022

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta) .....

PESEL (kobieta)																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko (mężczyzna) .....

PESEL (mężczyzna)																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

przystępując do programu polityki zdrowotnej w zakresie wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2022, zgodnie oświadczamy, że:

1. pozostajemy w związku małżeńskim / partnerskim (*właściwie podkreślić*);
2. jesteśmy mieszkańcami m.st. Warszawy od co najmniej dwóch lat:

.....  
.....  
(adres zamieszkania - kobieta)

.....  
.....  
(adres zamieszkania - mężczyzna)

3. jako para braliśmy wcześniej udział w programach polityki zdrowotnej dla osób dotkniętych niepłodnością, finansowanych ze środków m.st. Warszawy: TAK / NIE (*właściwie podkreślić*);
4. (*dotyczy par, które odpowiedziały „TAK” w punkcie 3*) podjęliśmy następującą liczbę wcześniejszych prób zapłodnienia pozaustrojowego w ramach programów finansowanych ze środków m.st. Warszawy: jedna próba / dwie próby (*właściwie podkreślić*);
5. poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego (*właściwie podkreślić*);
6. ubiegamy się o kwalifikację do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach programu dofinansowywanego ze środków m.st. Warszawy tylko u jednego realizatora programu;
7. zobowiązujemy się do informowania realizatora programu – podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego o wynikach leczenia;
8. jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za stwierdzenie nieprawdy celem osiągnięcia nienależnej korzyści materialnej, co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.

.....  
podpis - kobieta

.....  
podpis - mężczyzna

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta m.st. Warszawy, w celu kwalifikacji, sprawozdawczości i kontroli realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego w zakresie imienia i nazwiska, numeru PESEL i adresu zamieszkania.

.....  
podpis - kobieta

.....  
podpis - mężczyzna

## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, by mogła/mógł Pani/Pan wziąć udział w programie polityki zdrowotnej finansowanym ze środków m.st. Warszawy. Mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ale nie będą profilowane.

### *Kto administruje moimi danymi?*

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie m.st. Warszawy jest Prezydent m.st. Warszawy, z siedzibą w Warszawie (00-950), pl. Bankowy 3/5.
- Na pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych, a także o przysługujące Pani/Panu prawa odpowie Inspektor Ochrony Danych w Urzędzie m.st. Warszawy. Proszę je wysłać na adres: [iod@um.warszawa.pl](mailto:iod@um.warszawa.pl).

### *Dlaczego moje dane są przetwarzane?*

- Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu/celach określonych w treści udzielonej przez Pana/Panią zgody.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jeśli Pani/Pan tego nie zrobi, udział w programie polityki zdrowotnej będzie niemożliwy.

### *Jak długo będą przechowywane moje dane?*

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu odwołania zgody lub realizacji wskazanego w zgodzie celu. Potem, zgodnie z przepisami, dokumenty trafią do archiwum zakładowego.

### *Kto może mieć dostęp do moich danych?*

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być:

- a) podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych, w szczególności:
  - podmioty świadczące na rzecz urzędu usługi informatyczne, pocztowe;
  - podmioty lecznicze realizujące program polityki zdrowotnej;
- b) organy publiczne i inne podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie przepisów prawa;
- c) podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody.

### *Jakie mam prawa w związku z przetwarzaniem moich danych?*

- Ma Pani/Pan prawo do:
  1. wycofania zgody w dowolnym momencie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed wycofaniem zgody;
  2. dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych;
  3. żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;
  4. żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane;
    - wycofała Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych;
    - Pani/Pana dane przetwarzane są niezgodnie z prawem;
    - Pani/Pana dane muszą być usunięte, by wywiązać się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
  5. przenoszenia danych, gdy przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
  6. żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  7. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie m.st. Warszawy Pani/Pana danych osobowych.
- Nie przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.