

Wniosek nr...../.....
 Załącznik nr 1
 (...../ rok) do umowy nr
 z dnia.....

Urząd Miasta Olsztyna

**WNIOSEK
 O OBJĘCIE DOFINANSOWANIEM W RAMACH PROGRAMU POLITYKI
 ZDROWOTNEJ PN.: „LECZENIE NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA
 POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA OLSZTYNA W LATACH
 2023-2024”**

CZEŚĆ I

DANE WNIOSKODAWCÓW		
KOBIETA Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania		
MĘŻCZYZNA Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCÓW (wypełniają wnioskodawcy)

Przystępując do Programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Olsztyna w latach 2023-2024” oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się z informacją na temat zakresu i warunków uczestnictwa w Programie;
2. nie korzystaliśmy w latach poprzednich z procedur w ramach ww. programu (edycja 2023-2024);
3. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim;
4. jesteśmy mieszkańcami Olsztyna;
5. wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów;
6. będziemy informować Realizatora o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu;
7. weźmiemy udział w badaniu ankietowym dotyczącym satysfakcji uczestników Programu;
8. wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Realizatora programu oraz przekazanie Organizatorowi Programu danych niezbędnych (imiona, nazwiska, PESEL, miejsce zamieszkania, telefon kontaktowy, informacja o niepowodzeniu leczenia, ciąży, porodzie, sytuacji zdrowotnej dziecka po porodzie, poziomie satysfakcji uczestników) do złożenia wniosku i innej dokumentacji w sprawie dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego / zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie / adopcji zarodka *, a także niezbędnych dokumentów do sprawozdawczości z realizacji Programu;
9. ww. dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażenie zgody na powyższe jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

Olsztyn, dnia

.....

(podpis – kobieta)

.....

(podpis – mężczyzna)

* niewłaściwe skreślić

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY (wypełniają wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru PESEL, adresu zamieszkania, numeru telefonu kontaktowego, wyłącznie w celu przystąpienia do programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Olsztyna w latach 2023-2024”.

Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Prezydent Olsztyna z siedzibą - plac Jana Pawła II 1, 10-101 Olsztyn.**
2. W sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą e-mail: iod@olsztyn.eu lub pisemnie na adres: **Urząd Miasta Olsztyna, Inspektor Ochrony Danych, plac Jana Pawła II 1, 10-101 Olsztyn.**
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu umożliwienia udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Olsztyna w latach 2023-2024”
5. Niewyrażenie zgody będzie skutkowało niemożnością uczestnictwa w ww. Programie.
6. Państwa dane będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Do Państwa danych osobowych mogą mieć dostęp, wyłącznie na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania, podmioty zewnętrzne realizujące usługi na rzecz Urzędu Miasta Olsztyna, w szczególności firmy informatyczne świadczące usługi utrzymania i rozwoju systemów informatycznych.
8. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji Programu.
9. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych jesteście Państwo uprawnieni do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) poprawiania swoich danych osobowych,
 - c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu wycofania zgody należy wysłać e-mail na adres: iod@olsztyn.eu
 - d) wniesienia żądania usunięcia danych w przypadku cofnięcia zgody na ich przetwarzanie,
 - e) wniesienia żądania ograniczenia przetwarzania danych wyłącznie do ich przechowywania w przypadku:
 - i. zakwestionowania prawidłowości danych lub podstawy prawnej ich przetwarzania,
 - ii. potrzeby zapobieżenia usunięcia Państwa danych, pomimo wygaśnięcia prawnego tytułu do ich przetwarzania przez Urząd, w celu umożliwienia Państwu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
 - f) do otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych, które zostały dostarczone administratorowi, oraz przesłania ich innemu administratorowi (wyłącznie w przypadku przetwarzania danych z użyciem systemów informatycznych),
 - g) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie podlegają profilowaniu.

Powyższe przyjmuję do wiadomości.

Olsztyn, dnia

.....

(podpis – kobieta)

.....

(podpis – mężczyzna)

CZĘŚĆ II

DANE REALIZATORA PROGRAMU (wypełnia Realizator)

DANE
REALIZATORA/
PIECZĄTKA

NUMER UMOWY

W związku z zakwalifikowaniem Państwa

.....
(imię i nazwisko kobiety oraz mężczyzny)

do wykonania jednej procedury:

- zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego*
- zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie*
- adopcji zarodka*

wniosuję o dofinansowanie niniejszej procedury w roku w wysokości złotych**

Olsztyn, dnia.....
(pieczęć i podpis osób upoważnionych do reprezentacji Realizatora Programu)

* zaznaczyć właściwe

** kwota dofinansowania uzależniona od rodzaju kosztów procedury zapłodnienia lub adopcji zarodka