

Gdańsk, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA INFORMACJI

na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach

Imię i Nazwisko:.....

Numer PESEL:.....

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres korespondencyjny:.....

Nr telefonu kontaktowego:.....

Adres poczty elektronicznej:.....

Wskazanie zakresu danych, których dotyczy wniosek:.....

.....

.....

Informacja, czy odpowiedź zostanie odebrana osobiście (w siedzibie POW NFZ w Gdańsku przy ul. Podwale Staromiejskie 69, w terminie 7 dni od powiadomienia):

.....

Załączono dokumenty:

.....

.....
Podpis osoby składającej wniosek

Objaśnienia:

Wniosek o udostępnienie informacji powinien zawierać:

1. Dane identyfikacyjne:
 - a) imię i nazwisko, numer PESEL- jeżeli posiada, oraz serię i numer dowodu osobistego lub paszportu – w przypadku małoletniego, jeżeli posiada,
 - b) adres miejsca zamieszkania oraz ewentualnie adres korespondencyjny i numer telefonu
 - c) wniosek powinien zawierać własnoręczny podpis
2. Wskazanie zakresu danych, których dotyczy wniosek.
3. Informację o osobistym odbiorze- jeżeli zostanie wybrana ta forma

Wniosek można przekazać:

1. osobiście w siedzibie Oddziału w Gdańsku: ul. Podwale Staromiejskie 69, w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach pracy biura, tj. od 8:00 do 15:45
2. pocztą na adres: 80-865 Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148
3. za pomocą środków komunikacji elektronicznej, wówczas wniosek powinien on być opatrzony:
 - kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub
 - podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

W sytuacji gdy wniosek składany jest w imieniu osoby małoletniej, powinien zawierać dokument potwierdzający prawo do działania w imieniu tej osoby, w szczególności odpis aktu urodzenia lub odpis prawomocnego orzeczenia sądu ustanawiającego opiekę dla małoletniego.

Osoba składająca wniosek może także działać przez pełnomocnika. Pełnomocnictwa udziela się w formie pisemnej z podpisem poświadczonym notarialnie.

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie danych osobowych przetwarzanych centralnie, a w zakresie danych osobowych przetwarzanych w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, działający z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku, przy ul. Marynarki Polskiej 148.

Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia: IOD@nfz-gdansk.pl, tel. 58 75 12 619.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad wypełnienia obowiązku informacyjnego dostępne są w siedzibie Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na stronie internetowej: www.nfz-gdansk.pl > O Oddziale > Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.