………………………………. ……………………………………

Nazwa Apteki miejscowość dnia

………………………………..

ID Apteki

……………………………….

Adres Apteki

……………………………….

Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Narodowy Fundusz Zdrowia

Warmińsko-Mazurski

Oddział Wojewódzki   
w Olsztynie

Działając w imieniu podmiotu…………………………………..zgłaszam udział   
w Narodowym Programie Szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 apteki ogólnodostępnej położnej w ………………………………

Oświadczam, że :

1. Zapoznałem/am się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania szczepień ochronnych przeciwko chorobie Covid-19 w szczególności z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.   
   z 2020 r. poz. 1845,z późn. zm) oraz założeniami i wymaganiami organizacji i realizacji szczepień stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia, które zostały określone w ogłoszeniu Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie z dnia 14 czerwca 2021 r. oraz akceptuję je bez zastrzeżeń;
2. Apteka ogólnodostępna spełnia wszystkie wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki z dnia 26 września 2002 r. (Dz.U. Nr 161, poz. 1338 ze zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki z dnia 30 września 2002 r. (Dz.U. nr 171, poz. 1395 ze zm,)

Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowa można znaleźć na stronie internetowej https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Podpis elektroniczny