**Umowa nr**

zawarta dnia ………... pomiędzy

Gminą Małkinia Górna – z siedzibą przy ul. Przedszkolnej 1, 07-320 Małkinia Górna, NIP 759-16-24-930, REGON 550667920 reprezentowaną przez:

Bożenę Kordek – Wójta Gminy,

przy kontrasygnacie Marzeny Kuleszy - Skarbnika Gminy

Zwanej dalej **Zamawiającym**

a

…………………………………………………………………………………………………

prowadzącym działalność gospodarczą pn. …………………………………………………..

NIP: …………….. REGON: …………………,

pod adresem …………………………………………..

zwanym dalej **„Przyjmującym zamówienie”**

na podstawie art. 48b.ust. 1 zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) Strony umowy ustalają, co następuje:

**§1.**

1. Przedmiotem umowy jest realizacja przez **„Przyjmującego zamówienie”** świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w ofercie stanowiącej załącznik nr 1 do umowy na podstawie gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” przyjętego do realizacji Uchwałą Nr 129/XVI/2019 Rady Gminy Małkinia Górna z dnia 09.12.2019r.
2. Świadczenia prowadzone będą w ………………………………………przy ul. ………………………………………………………………………………………….

w (dniach, miesiącach) ………………………………………. w godzinach…………..

1. Rejestracja osób o których mowa w §2 ust 2, odbywać się będzie w…………………………………………..przy ul.. …………………………………
2. Od poniedziałku do piątku , w godzinach …………………………………………….
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany podać do publicznej wiadomości sposób rejestracji pacjentów oraz dni i godziny udzielania świadczeń.

**§2.**

**1.Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonania następującego katalogu świadczeń:

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj interwencji - Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne) | Liczba  punktów |
| A. Kinezyterapia | |
| indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. | 25 |
| ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut | 8 |
| pionizacja | 8 |
| ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut | 6 |
| ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut | 6 |
| ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut | 6 |
| nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut | 8 |
| wyciągi | 7 |
| inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut | 5 |
| ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę) | 1 |
| B. Masaże | |
| masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu | 10 |
| masaż limfatyczny ręczny - leczniczy | 12 |
| masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy | 6 |
| masaż podwodny - hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi) | 10 |
| hydromasaż podwodny miejscowy | 10 |
| hydromasaż podwodny całkowity | 15 |
| masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.) | 4 |
| C. Elektrolecznictwo | |
| galwanizacja | 4 |
| jonoforeza | 5 |
| kąpiel czterokomorowa | 10 |
| kąpiel elektryczna – wodna całkowita | 14 |
| elektrostymulacja | 7 |
| tonoliza | 6 |
| prądy diadynamiczne | 4 |
| prądy interferencyjne | 4 |
| prądy TENS | 4 |
| prądy TRAEBERTA | 4 |
| prądy KOTZA | 4 |
| ultradźwięki miejscowe | 6 |
| ultrafonoforeza | 7 |
| D. Leczenie polem elektromagnetycznym | |
| impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości | 6 |
| diatermia krótkofalowa, mikrofalowa | 6 |
| impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości | 3 |
| E. Światłolecznictwo i termoterapia | |
| naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe | 3 |
| laseroterapia - skaner | 3 |
| laseroterapia punktowa | 6 |
| okłady parafinowe | 4 |
| F. Hydroterapia | |
| kąpiel wirowa kończyn | 7 |
| inne kąpiele - wirowa w tanku | 15 |
| natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski | 10 |
| G. Krioterapia | |
| krioterapia - zabieg w kriokomorze | 25 |
| krioterapia - miejscowa (pary azotu) | 8 |
| H. Balneoterapia | |
| okłady z borowiny - ogólne | 8 |
| okłady z borowiny - miejscowe | 6 |
| kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO2 | 12 |
| fango | 7 |

\* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

1. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
2. przeprowadzenie akcji informacyjnej o programie polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”;
3. przyjmowania zgłoszeń i rejestracji pacjentów ze stosownym skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (nie będą honorowane skierowania tzw. prywatne”) z określoną liczbą oraz rodzajem zabiegów oraz dokonanie stosownej adnotacji na skierowaniu. Objęcie rehabilitacją około 120 mieszkańców zamieszkałych na terenie gminy Małkinia Górna w wieku 44 lata i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, którzy w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem do programu nie korzystali ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS, lub PFRON (również w ramach w/w programu ) z powodu ww. jednostek chorobowych.
4. uzyskania od beneficjentów świadczeń pisemnej *zgody (zał. Nr 4 do umowy)* na uczestnictwo w programie wraz z pisemnym *oświadczeniem* o wyrażeniu zgody na przekazywanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu oraz *oświadczenie*, że nie korzystał z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ w ostatnich 6 miesiącach oraz *oświadczeniem* *(zał. Nr 3 do umowy)* o zamieszkaniu na terenie gminy Małkinia Górna;
5. zaplanowania postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, które realizuje cel skierowania na rehabilitacje i jest z nim zgodne;
6. wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich dla około 120 osób ( z katalogu znajdującego się w tab. I.) wraz z częścią edukacyjną, obejmującą 1 spotkanie edukacyjne 45 – minutowe w grupach max. 20- osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej;
7. poinformowanie beneficjenta o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych;
8. przedłożenie kart oceny skuteczności zgodnie z załącznikiem nr 1 do programu oraz zestawienia zbiorczego wyników po zakończeniu realizacji programu do 20 listopada 2024r,
9. składanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z realizacji podejmowanych działań ( wg wzoru, załącznik nr 2 do programu);
10. sporządzania ankiet satysfakcji pacjenta- uczestnika zgodnie z załącznikami nr 3 do gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”
11. utylizację zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
12. prowadzenia w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta;
13. sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń w formie pisemnej i elektronicznej (wg załącznika nr 2 do umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
14. sporządzanie i złożenie na żądanie organizatora informacji na temat realizacji zadania;
15. prowadzenia monitoringu i ewaluacji zadania.

**§3.**

**Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż osoby, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach.

**§4.**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielenia świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami wykonywania zawodu i zasadami etyki lekarskiej, rzetelnie oraz z dołożeniem wysokiej staranności.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
3. aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
4. przepisów określających prawa pacjenta.

**§5.**

1. Koszt całkowity świadczenia usług ujętych w programie nie może przekroczyć kwoty 56 200 złotych brutto rocznie (słownie: pięćdziesiąt sześć tysięcy dwieście zł 00/100) i wynosić będzie dla odpowiednich usług/czynności nie więcej niż:

1. ……………………….. - ….. zł,
2. ……………………….. - …....zł,
3. .. …………………….. - …....zł,
4. .. …………………….. - …....zł,

2. Całkowita wysokość wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1 może ulec zmniejszeniu w przypadku zmniejszenia ilości wykonywania zabiegów.

3.Wynagrodzenie jednostkowe za 1 punkt rozliczeniowy wyniesie…………………….brutto, jest ona ostateczna i nie podlega zmianie.

**§6.**

1. Wykonanie umowy nastąpi od dnia jej zawarcia do dnia 18.11.2024 r.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że program finansowany jest ze środków budżetu Gminy Małkinia Górna.

**§7.**

1. Wynagrodzenie zostanie wypłacone za faktycznie wykonane świadczenia określone w §5 umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do:
3. prowadzenia odrębnej obowiązującej dokumentacji medycznej i statystycznej związanej z wykonywaniem przedmiotu umowy, na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów,
4. prowadzenie wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację zadania,
5. udzielania na wniosek Udzielającego zamówienia wszelkich informacji i przedłożenia dokumentów stanowiących podstawę wystawienia faktur i sporządzenia informacji, o których mowa w §7 ust. 3,
6. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie faktury złożonej przez **Przyjmującego zamówienie** wraz z informacją o ilości pacjentów wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
7. Informację za poprzedni miesiąc oraz fakturę wystawioną na:

***Gmina Małkinia Górna***

***NIP 759 16 24 930***

***ul. Przedszkolna 1***

***07-320 Małkinia Górna***

należy dostarczyć do Urzędu Gminy Małkinia Górna do 14 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, za świadczenie wykonane w listopadzie do 20 listopada.

1. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 21 dni liczonych od daty otrzymania prawidłowo sporządzonych faktur miesięcznych wraz z załącznikami, na rachunek bankowy **Przyjmującego zamówienie ………………………………………**
2. Należność za realizację zadania musi być zgodna z ilością wykonanych świadczeń wskazanych w informacji, o której mowa w ust. 3, a której wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy.

**§8.**

1. Dokumentacja finansowo – księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie **Przyjmującego zamówienie** i udostępniana do wglądu **Udzielającego zamówienie** na żądanie, zarówno w trakcie jak i po zakończeniu realizacji zadania.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się uzyskać zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestników programu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781) oraz uzyskać zgodę na udział w programie.

**§9.**

**Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność do pełnej wysokości szkody za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkodę pacjentom przy udzielaniu świadczeń określonych w ofercie na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

**§10.**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co stanowi warunek zawarcia niniejszej umowy.
2. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć **Ubezpieczającemu zamówienia**, najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz w dniu następującym po dniu jej odnowienia.
3. W trakcie obowiązywania umowy **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany posiadać ubezpieczenie OC.

**§11.**

1. Strony ustalają, że **Udzielający zamówienia** prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez **Udzielającego zamówienie** oraz do przekazywania mu wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień w formie pisemnej dotyczących realizacji zadania.
2. **Przyjmujący zamówienie** nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody **Udzielającego zamówienia** wyrażonej na piśmie.
3. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z ……,,dniowym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.
4. W razie naruszenia postanowienia ust.1 **Udzielający zamówienia** może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§12.**

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§13.**

Spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądu właściwego dla **Udzielającego zamówienia.**

**§14.**

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach , 2 – dla **Udzielającego zamówienie** i 1 – dla **Przyjmującego zamówienie.**

**Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie**

Załącznik nr 2 do umowy Nr……

pomiędzy Gminą Małkinia Górna a

…………………………………

……………………., dnia ………….

(miejscowość)

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w roku 2024

Informacja o ilości pacjentów za miesiąc …………….

(sporządzona na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pacjenta  Nr PESEL lub seria i nr dowodu osobistego, lub paszportu, adres | Data udzielonego  świadczenia  dz-m-rr | Nazwa udzielonego świadczenia | Ilość zabiegów | Wartość punktowa 1 zabiegu | Cena jednostkowa  świadczenia | Wartość |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………….

podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczam(-y), że:

1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Przyjmującego zamówienie,

2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem   
 prawnym i faktycznym,

3) czynności wykonywane w ramach Programu polityki zdrowotnej nie są i nie będą   
 przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,

4) w zakresie związanym z realizacją Programu polityki zdrowotnej, w tym z gromadzeniem,   
 przetwarzanie i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do   
 systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne   
 oświadczenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia

27 kwietnia 2016 r.

…………………………………..

podpis Przyjmującego zamówienie

Załącznik Nr 3 do umowy Nr ………..

pomiędzy Gminą Małkinia Górna a

………..................................................

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

…………………………………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia   
6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2024 r. poz.17) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zamieszkania na pobyt stały\*/tymczasowy\* jest:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

(miejscowość, nr kodu pocztowego, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

……………………………………….. ……………………………….

Miejscowość, data Podpis

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do umowy Nr ………

pomiędzy Gminą Małkinia Górna

a ……………………………………

**ZGODA**

**na uczestnictwo w programie polityki zdrowotnej pod nazwą:**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna  
na lata 2020-2024” w roku 2024**

Ja, ............................................................................................................, nr PESEL ………….…………………

zamieszkała/y: ……………………………………………………………………………………………………

wyrażam zgodę na przeprowadzenie świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu.

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika programu polityki zdrowotnej pod nazwą:**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna  
na lata 2020-2024” w roku 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wójta Gminy Małkinia Górna moich danych osobowych (tj. imię i nazwisko, nr PESEL, adres, rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego) w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”. |
| |  | | --- | |  | | Wiem, że mogę wycofać zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem. |
| |  | | --- | |  | | Oświadczam, że zapoznałam/em się z poniższą klauzulą informacyjną. |

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Małkinia Górna, ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna.

**Inspektor ochrony danych:**

Można kontaktować się z wyznaczonym przez Wójta Gminy Małkinia Górna inspektorem ochrony danych pod adresem:

* Urząd Gminy w Małkini Górnej, ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna,
* iodo@malkiniagorna.pl.

**Cel przetwarzania danych oraz podstawa prawna:**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., która może zostać odwołana w dowolnym czasie.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe będą mogły być przekazywane podmiotom upoważnionym z mocy prawa.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu ustania celu przetwarzania lub przez okres wynikający z kategorii archiwalnej dokumentów, w których ujęte są dane, określonej w przepisach wykonawczych do ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach lub do momentu odwołania zgody.

**Prawa osób, których dane dotyczą:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Może Pani/Pan również wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO: Biuro Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl).

**Informacja o wymogu podania danych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

|  |  |
| --- | --- |
| ..............................................................................  Miejscowość i data | .........................................................................................  czytelny podpis |

**Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/y .................................................................................................................................

cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, której udzieliłam/udzieliłem Wójtowi Gminy Małkinia Górna w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”.

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

Miejscowość, data, czytelny podpis