

**OŚWIADCZENIE  
O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSBOWYCH**

**Dane osobowe:**

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty: \_\_\_\_\_

Tytuł zawodowy: farmaceuta

Adres e-mail: \_\_\_\_\_,

zwane będą dalej „danymi osobowymi”.

**1.**

Potwierdzam, że otrzymałem od właściwej **okręgowej izby aptekarskiej oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej** informacje (**vide: rewers niniejszego oświadczenia**), przekazane stosownie do art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 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, zwanego dalej: „RODO”,

**2.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Okręgową Izbę Aptekarską w Katowicach oraz Naczelną Izbę Aptekarską,

**w następujących celach:**

- 1) zgłoszenia mojego udziału w szkoleniu ze szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021, poz.293);
- 2) przekazania danych osobowych **podmiotowi prowadzącemu szkolenie teoretyczne**, tj. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, numer NIP: 1180183740, numer REGON: 000289093), a także **podmiotom prowadzącym szkolenia praktyczne**, tj. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie.

Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w celu przeprowadzenia szkolenia ze szczepień przeciwko COVI-19, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

---

**(miejsowość, data, podpis)**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Stosownie do art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 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, zwanego dalej: „RODO”,

**1) Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach** oraz

**2) Naczelna Izba Aptekarska,**

**informują, że:**

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:
  - 1) **Śląska Izba Aptekarska**, z siedzibą w Katowicach (40-637), przy ul. Krynicznej 15, REGON: 271195634, NIP: 6340006068, dane kontaktowe: **tel.:** 32-6089760 , **e-mail:** katowice@oia.pl ;
  - 2) od momentu otrzymania danych osobowych – **Naczelna Izba Aptekarska**, z siedzibą w Warszawie (00-238), ul. Długa 16, tel.: +48 22 635 06 70, +48 22 635 92 85 fax +48 22 887 50 32, adres e-mail: nia@nia.org.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe: **imię i nazwisko; numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty; tytuł zawodowy „farmaceuta” oraz adres e-mail**, będą przetwarzane w następujących celach:
  - 1) zgłoszenia Pani/Pana udziału w szkoleniu ze szczepień przeciwko COVID-19, o którym mowa w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz. U. z 2021, poz.293);
  - 2) przekazania danych osobowych podmiotowi prowadzącemu szkolenie teoretyczne, tj. Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego (ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, numer NIP: 1180183740, numer REGON: 000289093), a także podmiotom prowadzącym szkolenia praktyczne, tj. Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarskim.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą **na podstawie Pani/Pana zgody**, tj. na podstawie art. **6 ust. 1 lit. a RODO**.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, a więc podmiotami, którym ujawniane będą dane osobowe, będą:
  - 1) **Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego** – jako podmiot prowadzący szkolenie teoretyczne oraz organizujący szkolenie praktyczne;
  - 2) **uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarskim** – jako podmioty prowadzące szkolenia praktyczne.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa powyżej.
7. Posiada Pani/Pan prawo:
  - 1) do uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe Pan/Pani dotyczące, a jeżeli ma to miejsce - do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania odpowiednich informacji;
  - 2) żądania od administratora niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe;
  - 3) żądania od administratora niezwłocznego usunięcia danych;
  - 4) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych;
  - 5) otrzymać w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pana/Pani dane osobowe oraz przesłać te dane osobowe innemu administratorowi bez przeszkód ze strony administratora;
  - 6) jeżeli taki przypadek zaistnieje - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – **w zakresie i na warunkach określonych odpowiednio w art. 15, 16, 17, 18, 20 i 21 RODO**.
8. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie poprzez przekazanie swojego oświadczenia drogą elektroniczną, pocztą tradycyjną lub w każdy inny sposób, umożliwiającą Administratorowi identyfikację osoby cofającej zgodę.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w szczególności przepisy RODO.
10. Pani/Pana dane będą przetwarzane w systemach teleinformatycznych.

---

Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną (**data i podpis**)