

## -WZÓR-

.....  
miejsowość, dnia

### OŚWIADCZENIE

W związku z upoważnieniem mnie przez podmiot:

.....  
(nazwa\*)

do korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (usługa Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców) oświadczam, że:

- zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych
- zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych, o których mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), pozyskiwanych ze zbiorów danych przetwarzanych w Narodowym Funduszu Zdrowia, a także do nieprzekazywania tych danych nieuprawnionym osobom trzecim.

.....  
PESEL osoby składającej oświadczenie

.....  
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;  
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.): imię i nazwisko.