***Załącznik nr 6 do IPU***

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

***dla mieszkańców Gminy Narewka***

**GMINNE CENTRUM REHABILITACJI W GMINIE NAREWKA**

1. **Należy uzupełnić drukowanymi literami – w sposób czytelny.**

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

*Imię i nazwisko Pacjenta*

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

*Numer PESEL*

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

*Miejsce zamieszkania (ul., miejscowość, poczta, kod pocztowy)*

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

*Adres korespondencyjny (w przypadku gdy jest tożsamy z miejscem zamieszkania należy wpisać „jw.”)*

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

*Numer telefonu / adres e-mail (należy podać przynajmniej jedną formę kontaktu)*

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

*Imię i nazwisko / nr. Tel. Osoby upoważnionej do mojej dokumentacji medycznej*

1. **Zbiór oświadczeń:**
2. Oświadczam, iż zapoznałam / zapoznałem się z Zarządzeniem Nr 324 / 2022 Wójta Gminy Narewka w sprawie ustalenia zasad korzystania przez mieszkańców Gminy Narewka z usług Gminnego Punktu Rehabilitacji w Narewce (zmienionego Zarządzeniem nr 370 / 2022 oraz Zarządzeniem nr 487 / 2023) i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
3. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom konsekwencji majątkowych związanych z negatywną weryfikacją złożonych przez moją osobę dokumentów poświadczających uprawnienia do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych udzieleniem świadczeń rehabilitacyjnych.
5. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 Kodeksu Karnego) grożącej mojej osobie za składanie fałszywych oświadczeń.
6. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom pilotażowego charakteru usług świadczonych w Gminnym Centrum Rehabilitacji i zdaję sobie sprawę z wszelkich niedogodności jakich mogę doświadczyć z tego tytułu, w tym natury zdrowotnej.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie fizjoterapeutyczne.
8. Oświadczam, iż ujawniłam / ujawniłem wszelkie okoliczności mogące mieć wpływ na dalszych przebieg i wynik rehabilitacji.
9. Oświadczam, iż w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia sprzętu lub / i mienia punktu zobowiązuje się do pokrycia kosztów naprawy lub jego odkupienia.

………………………………………………………………………….

*Czytelny podpis Pacjenta, data (dd-mm-rrrr)[[1]](#footnote-1)*

Załącznik nr 1 do formularza rejestracyjnego dla mieszkańców Gminy Narewka

w zakresie Gminnego Punktu Rehabilitacji w Gminie Narewka

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (Dz. U. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1) – zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem zbieranych i przetwarzanych danych osobowych jest Urząd Gminy Narewka,

ul. Białowieska 1, 17-220 Narewka. Może Pan/Pani skontaktować się z nami osobiście, poprzez korespondencję tradycyjną lub telefonicznie pod numerem 85 682 98 80.

1. W celu uzyskania informacji dotyczących przetwarzanych przez UG danych osobowych może się Pan/Pani skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem korespondencji e-mail kierowanej na adres: [iod\_ug\_narewka@podlaskie.pl](mailto:iod_ug_narewka@podlaskie.pl)
2. Zbierane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem Gminnego Centrum Rehabilitacji w Gminie Narewka. Przetwarzanie tych danych jest niezbędne do sprawnej realizacji tych zadań.
3. Zakres przetwarzanych danych obejmuje w szczególności:
   1. imię i nazwisko pacjenta,
   2. numer PESEL,
   3. miejsce zamieszkania,
   4. adres korespondencyjny,
   5. numer telefonu / adres e-mail,
   6. imię i nazwisko, nr tel. osoby upoważnionej do dostępu do dokumentacji medycznej.
4. Podanie lub przekazanie Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolne. Przysługuje Panu/Pani prawo odmowy podania swych danych lub prawo niewyrażenia zgody na ich przetwarzanie. Niepodanie przez Pana/Panią danych osobowych lub brak zgody na ich przetwarzanie będzie skutkować brakiem możliwości korzystania z usług Gminnego Centrum Rehabilitacji.
5. W przypadku wyrażenia przez Pana/Panią zgody na przetwarzanie danych osobowych, może Pan/Pani wycofać ją w dowolnym momencie. W tym celu należy zwrócić się pisemnie do Administratora Danych.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane uprawnionym instytucjom w szczególności na podstawie obowiązujących przepisów prawa. W usprawiedliwionych przypadkach dane te mogą być udostępnione, na podstawie umów gwarantujących bezpieczeństwo danych osobowych, instytucjom świadczącym usługi serwisowe, gwarancyjne oraz wsparcia merytorycznego/organizacyjnego.
7. Pana/ Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres niezbędny do zrealizowania zadania lub zadań w związku z którymi zostały zebrane. Po zakończeniu realizacji tych zadań dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w calach archiwalnych zgodnie z obowiązującą w jednostce instrukcją archiwalną.
8. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści podanych danych oraz możliwość ich uzupełnienia i aktualizowania. Ma Pan/Pani prawo żądać ograniczenia przetwarzania lub usunięcia danych, które zebraliśmy za Pana/Pani zgodą. Równocześnie ma Pan/Pani prawo do przeniesienia danych osobowych.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku przetwarzania zebranych danych osobowych w sposób sprzeczny z rozporządzeniem RODO.

Zapoznałem / - am się z treścią powyższej klauzuli

*……………………………………………………………………..*

*Czytelny podpis Pacjenta, data (dd-mm-rrrr)[[2]](#footnote-2)*

1. W przypadku osoby niepełnoletniej lub pozostającej pod opieką, niniejszy formularz podpisuje opiekun / rodzic. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku osoby niepełnoletniej lub pozostającej pod opieką, niniejszą klauzulę podpisuje opiekun / rodzic. [↑](#footnote-ref-2)