………………………………. ……………………………………

Nazwa laboratorium/mobilnego punktu pobrań miejscowość, dnia

………………………………..

Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

……………………………….

………………………………

Adres laboratorium/punktu

……………………………….

Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Narodowy Fundusz Zdrowia

…………………………….

Oddział Wojewódzki w

……………………………………

Działając w imieniu podmiotu ………………………………….. zgłaszam udział   
do wykonywania testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2 laboratorium/punkcie położonym   
w ………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2 w laboratorium/punkcie;
2. Oświadczam, że laboratorium/punkt spełnia wszystkie wymagania określone   
   w przepisach dotyczących prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.

Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych:

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji   
i realizacji procesu wykonywania testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2. 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/

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, numeru PESEL, nazwy i adresu miejsca zatrudnienia, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu wykonywania testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2.

Podpis elektroniczny