

2PS-1.P. J. Badura
Dekretacja zgodna z dekretem elektronicznym
02/02/2023
dokonana dnia 02.02.2023 przez

Załącznik nr 1
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
01.02.2023
Nr 18259
Ilość załączników 00005

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

Jenny Sieuiko

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że:

1) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać jakich):

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

2) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać jakich):

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

3) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność

gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 4) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 5) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 6) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 7) ~~posiadam~~/nie posiadam* akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):

.....

.....

.....
.....
8) ~~jestem~~/nie jestem* wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):
.....
.....
.....

9) wykonuję/nie wykonuję* działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):
.....
.....
.....

10) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem wykonującym działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

- ① Umowa o pracę Pom. Umw. Medyczny
- ② Umowa cywilno-prawna SPWSS ul. Arkusza 9
- ③ Umowa cywilno-prawna Spital w Gornowie

11) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o których mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):
.....
.....
.....

12) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem będącym wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

13) jestem/~~nie jestem~~* członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (jeżeli tak, to wskazać jakich):

Rada Nadzorcza
Szpitala Powiatowego w Woszczynie

14) ~~przewodzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.), które są finansowane przez podmiot wykonujący działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

15) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

nie dotyczy

16) ~~przewodzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot posiadający akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

17) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

.....
nie dotyczy
.....

18) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot będący współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

19) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

.....
nie dotyczy
.....

20) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania kliniczne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), (jeżeli tak, to wskazać jakie):

21) ~~wykonuję~~/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu wykonującego działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

22) ~~wykonuje~~/nie wykonuje* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

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

23) ~~wykonuje~~/nie wykonuje* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

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

* niepotrzebne skreślić

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Szczecin 01.02.2023

.....
(miejscowość, data)

Jens Sieu

.....
(podpis)

Szczecin, 01. 02. 2023

Jerzy Sienko

Imię i nazwisko

Kandydat na konsultanta wojewódzkiego

w dziedzinie

chirurgii ogólnej

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z procedurą powołania mnie na konsultanta wojewódzkiego dla obszaru województwa zachodniopomorskiego.

Zgoda dotyczy przetwarzania :

- imienia, nazwiska, adresu zamieszkania lub innego adresu wskazanego do korespondencji, daty i miejsca urodzenia, PESEL-u, wykształcenia, zawodu, numeru telefonu, adresu e-mail, adresu zakładu pracy, wskazanego urzędu skarbowego, numeru rachunku bankowego oraz innych danych zawartych w życiorysie kandydata, a także danych zawartych w oświadczeniu nr 1, o którym mowa w art. 8c ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. z 2019 r. poz. 886).

Dane mogą być udostępniane podmiotom i organom, którym Wojewoda Zachodniopomorski jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od Wojewody Zachodniopomorskiego danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Odbiorcami ww. danych osobowych w szczególności będą Wojewoda Zachodniopomorski, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie, właściwe okręgowe samorządy zawodów medycznych, właściwy konsultant krajowy w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia.

Jerzy Sienko

podpis

Klauzula informacyjna
Powolywanie konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 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. Urz. UE. L 119, str. 1 ze zm.) – dalej RODO – informujemy, że:

- I. Administrator danych osobowych**
Wojewoda Zachodniopomorski z siedzibą w Szczecinie, ul. Wały Chrobrego 4, 70-502 Szczecin jest Administratorem Twoich danych osobowych.
- II. Inspektor Ochrony Danych**
Został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych pod adresem e-mail iod@szczecin.uw.gov.pl; pod numerem telefonu +48 91 4303 444; lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.
- III. Skąd mamy Twoje dane?**
Otrzymałyśmy je od Ciebie.
- IV. Cele i podstawy przetwarzania**
Określono cele przetwarzania Twoich danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Twoje dane w celu powołania Cię na konsultanta wojewódzkiego w ochronie zdrowia dla obszaru województwa zachodniopomorskiego, na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 886).
- V. Prawo do sprzeciwu**
W każdej chwili przysługuje Ci prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych opisanych powyżej. Przystaniemy przetwarzać Twoje dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Twoich danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
- VI. Okres przechowywania danych**
Twoje dane osobowe będą przechowywane zgodnie z kategorią archiwalną A
- VII. Odbiorcy danych**
Twoje dane mogą być udostępniane podmiotom i organom, którym Wojewoda Zachodniopomorski jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymywania od Wojewody Zachodniopomorskiego danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
- VIII. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.**

IX. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO, przysługuje Ci:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
(Uwaga: dostęp, usunięcie lub ograniczenie przetwarzania Twoich danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie)
- d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- e) prawo do przenoszenia danych;
(Uwaga: pozytywne rozpatrzenie Twojego sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia Twoich danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie, a także m.in. z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego!)

X. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych jest obowiązkiem ustawowym wynikającym z art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o konsultantach w ochronie zdrowia i stanowi warunek pełnienia przez Ciebie funkcji konsultanta wojewódzkiego w ochronie zdrowia. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości powołania Cię na konsultanta wojewódzkiego.

XI.

Masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy 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 osobowych).

XII. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz w formie profilowania.

Jenny Sienko

