

**Formularz rekrutacyjny**

Lp.	Nazwa projektu
1.	Tytuł projektu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 50 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2021–2023”.
2.	Lider projektu: Arnica Adam Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna
3.	Partner projektu: Fundacja ProEdoo

**Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie**

	Lp.	Data Nazwa
<b>Dane uczestnika</b>	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	
	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	PESEL	
	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Województwo	
	Gmina	
	Powiat	
	Telefon	
Adres e-mail		

.....  
 data i podpis uczestnika

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W „PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE  
SZCZEPIEŃ PRZECIWKO PNEUMOKOKOM DLA OSÓB  
POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO  
NA LATA 2021–2023”**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika  
.....

Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 50 roku życia z województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu\*.

**Świadoma zgoda na udział w programie**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie moich danych osobowych ( m.in. imię i nazwisko, numer PESEL, rodzaj otrzymanego świadczenia) Samorządowi Województwa Mazowieckiego oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Oświadczam, że otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....  
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*\*

\* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

\*\* niepotrzebne skreślić

## Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Informujemy, że:

1. Administratorem danych Państwa danych osobowych jest **Arnica Adam Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna** z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 18 A w Ciechanowie kod pocztowy: 06-400, tel.: 23/ 682 11 97 adres e-mail: [biuro@arnica.pl](mailto:biuro@arnica.pl)
2. Celem zbierania danych jest realizacja w/w świadczeń medycznych.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora danych narusza przepisy prawa, uprawnieni są Państwo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Skarga wolna jest od opłat.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu – świadczenia usługi medycznej. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe realizacji celu – świadczenia usługi medycznej
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Rozporządzeniem 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 119/1 z 04.05.2016 roku [RODO] oraz krajową ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych

.....  
data i podpis uczestnika

**W y n i k   o c e n y   s t a n u   z d r o w i a**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 50 roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2021–2023”.

.....  
**Data, podpis lekarza**

## Ankieta satysfakcji udziału w programie

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 50 roku życia z województwa mazowieckiego”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1) W jakim stopniu program spełnił Pan(i) oczekiwania?

1      2      3      4      5

2) Jak ocenia Pan(i) osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?

1      2      3      4      5

3) Jak ocenia Pan(i) osobę wykonującą kwalifikację lekarską do szczepienia?

1      2      3      4      5

4) Jak ocenia Pan(i) osobę wykonującą szczepienie w ramach programu?

1      2      3      4      5

5) Jak ocenia Pan(i) organizację programu?

1      2      3      4      5

6) W jakim stopniu odpowiadała Panu(i) atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1      2      3      4      5

7) Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- z miejsca pracy,
- z Internetu,
- od rodziny, znajomych,
- inne (jakie?) .....

8) Inne uwagi:

.....

.....

**Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety**

