Załącznik C1 do Opisu przedmiotu zamówienia

projekt deklaracji przystąpienia do programu prywatnej

opieki medycznej na Uniwersytecie Łódzkim

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA DO PRYWATNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ**   
**ŚWIADCZONEJ PRZEZ** …..... *(nazwa firmy świadczącej usługi)*

**Dane pracownika:**

Imię i nazwisko: …......................................................................................................................................

Adres zamieszkania:

miejscowość: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

kod pocztowy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

ulica: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr domu ……………………………………………………………… nr lokalu……………………………………………………………….

PESEL (w przypadku cudzoziemców – data urodzenia): ...........................................................................

Służbowy adres e-mail:\* ….........................................................................................................................

\* powyższy adres e-mail zostanie udostępniony operatorowi medycznemu celem przesłania zaproszenia do rejestracji w portalu pacjenta

Zgłaszam chęć objęcia dodatkową, dobrowolną prywatną opieką medyczną (tj. wykraczającą poza badania medycyny pracy) **wskazaną poniżej osobę/by** *(członek rodziny/partner)[[1]](#footnote-1):*

Imię i nazwisko: …......................................................................................................................................

PESEL (w przypadku cudzoziemców – data urodzenia): ...........................................................................

***Dla celów rejestracji jako adres zamieszkania członka rodziny/partnera zostanie przyjęty adres zamieszkania pracownika podany powyżej.***

Imię i nazwisko: …..................................................................

PESEL (w przypadku cudzoziemców – data urodzenia): ...........................................................................

***Dla celów rejestracji jako adres zamieszkania członka rodziny/partnera zostanie przyjęty adres zamieszkania pracownika podany powyżej.***

**Wnioskuję o przystąpienie do:**

🞏 podstawowego wariantu prywatnej opieki medycznej:

🞏 pakiet indywidualny – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet partnerski – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet rodzinny – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet partnerski + opcja dorosłe dziecko– opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet rodzinny + opcja dorosłe dziecko – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 rozszerzonego wariantu prywatnej opieki medycznej:

🞏 pakiet indywidualny – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet partnerski – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet rodzinny – opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet partnerski + opcja dorosłe dziecko– opłata w wysokości ………….. zł

🞏 pakiet rodzinny + opcja dorosłe dziecko – opłata w wysokości ………….. zł

***Pakiet indywidulany*** *- dedykowany dla pracownika,* ***pakiet partnerski*** *- dedykowany dla pracownika i jednej osoby spośród: małżonek/partner/dziecko (bez względu na wiek),* ***pakiet rodzinny*** *– dedykowany dla pracownika i małżonka/partnera i dzieci bez względu na ich liczbę (w wieku do ukończenia 18 roku życia, a jeśli się kształcą do ukończenia nauki, nie dłużej niż do ukończenia 25 roku życia).*

***Opcja dorosłe dziecko*** *będzie dostępna dla pracownika korzystającego z pakietu partnerskiego lub pakietu rodzinnego i dotyczy dziecka po przekroczeniu ww. granicy wieku. Pracownik korzystający z pakietu partnerskiego lub rodzinnego może za dodatkową opłatą (cena za opcję dorosłe dziecko) zgłosić „dorosłe dziecko” jako dodatkową osobę ponad osoby określone w pakiecie, z którego sam korzysta.*

Jednocześnie:

* wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby, zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy należności wynikających z przystąpienia do prywatnej opieki medycznej realizowanej przez …………………(nazwa firmy świadczącej usługi) i przekazywania jej do …………(nazwa firmy świadczącej usługi) w kwocie właściwej dla wybranego wariantu i pakietu opieki,
* wyrażam zgodę na potrącanie należności przez okres co najmniej 12 m-cy,
* potwierdzam, że jestem świadoma/y, iż kwota dofinansowywana przez UŁ do pakietu medycznego będzie stanowiła mój przychód ze stosunku pracy,
* potwierdzam, że zapoznałam/em się z zasadami korzystania z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu medycznego i je akceptuję.

………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracownika)

Ponadto:

* w związku z przystąpieniem do prywatnej opieki medycznej wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia do programu prywatnej opieki medycznej na Uniwersytecie Łódzkim do ………… (nazwa firmy świadczącej usługi) w celu umożliwienia mi korzystania z usług medycznych objętych umową nr ……………zawartą dn. ………………pomiędzy Uniwersytetem Łódzkim a ……………………. (nazwa firmy świadczącej usługi)
* w przypadku wybrania pakietu rodzinnego/partnerskiego/opcji dorosłe dziecko oświadczam, że posiadam zgodę członka rodziny/partnera na przekazanie danych do ...... (nazwa firmy) w celu objęcia pakietem prywatnej opieki medycznej
* przyjmuję do wiadomości, że po udostępnieniu danych osobowych przez UŁ do ………..(nazwa firmy świadczącej usługi) administratorem danych osobowych będzie …………… (nazwa firmy świadczącej usługi)
* oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej ……… (nazwa firmy świadczącej usługi) stanowiącej załącznik do niniejszej deklaracji
* oświadczam, że dopełniłem/-am obowiązku informacyjnego w zakresie klauzuli Informacyjnej stanowiącej załącznik do niniejszego zgłoszenia wobec członka rodziny/partnera
* związku z przystąpieniem do opieki medycznej wyrażam zgodę na uzyskanie przez ... *(nazwa firmy świadczącej usługi)* dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzielaniem mi świadczeń zdrowotnych przez placówki medyczne współpracujące z … *(nazwa firmy świadczącej usługi).*

………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracownika)

Załącznik do deklaracji przystąpienia do programu prywatnej

opieki medycznej na Uniwersytecie Łódzkim

*Klauzula informacyjna z art. 14 RODO podmiotu świadczącego usługę prywatnej opieki medycznej*

1. Wypełnić jeśli zgłaszany jest członek rodziny/partner [↑](#footnote-ref-1)