Załącznik C2 do Opisu przedmiotu zamówienia

projekt deklaracji przystąpienia do programu prywatnej

opieki medycznej na Uniwersytecie Łódzkim

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

**Dane doktoranta:**

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 doktoranta podany powyżej.***

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

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

***Dla celów rejestracji jako adres zamieszkania członka rodziny/partnera zostanie przyjęty adres zamieszkania doktoranta 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**

**🞏 rozszerzonego wariantu prywatnej opieki medycznej:**

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

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

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

***Pakiet indywidulany*** *- dedykowany dla doktoranta,* ***pakiet partnerski*** *- dedykowany dla doktoranta i jednej osoby spośród: małżonek/partner/dziecko (bez względu na wiek),* ***pakiet rodzinny*** *– dedykowany dla doktoranta 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).*

Jednocześnie:

* wyrażam zgodę na potrącanie ze stypendium doktoranckiego kwoty ………………. zł miesięcznie zgodnie z wybranym wariantem i pakietem opieki,
* potwierdzam, że zapoznałam/em się z zasadami korzystania z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu medycznego i je akceptuję.

………………………………………………………….

(data i czytelny podpis doktoranta)

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

………………………………………………………….

(data i czytelny podpis doktoranta)

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)