Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 175/2023/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 listopada 2023 r.

**KARTA WŁĄCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO PROGRAMU LEKOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **..................................................................** |  |  |
| **Oznaczenie podmiotu\*** |  |  |

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

(nazwa programu lekowego)

1. **Oświadczenie świadczeniodawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że świadczeniobiorca | | …………………………………………………………… | PESEL: I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I |
|  | | (imię i nazwisko) |  |
| spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego. | | | |
| Leczenie świadczeniobiorcy w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia ………………………….. . | | | |
|  |  | | |
|  | …………………………………………………………………..………………………………….....................………………… | | |
|  | (nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, nr prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis) | | |

2. **Oświadczenie pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Po zapoznaniu się z opisem ww. programu lekowego oraz z informacjami na temat skuteczności i bezpieczeństwa substancji czynnej: …….…….………………….…………………………….. wyrażam zgodę na leczenie w programie lekowym na zasadach określonych w jego opisie. | |
|  |  |
|  | …..……......…………………………… |
|  | (miejscowość, data, podpis świadczeniobiorcy) |
| \*Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON | |

Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego, zobowiązany jest do stosowania przepisów 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.