FUNDACJA
dbam o zdrowie

WNIOSEK

PGF

polpharma

Gorące Serce
FUNDACJA EC KRAKÓW

FUNDACJA „Dbam o zdrowie"
03-042 Warszawa, ul. Marywilska 42 b
tel. +48 (42) 200 75 50, fax +48 (42) 613 34 33
e-mail: fundacja@doz.pl
www.fundacja.doz.pl

I Wniosek o udzielenie pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków

FUNDACJA dbam o zdrowie

Dane osobowe wnioskodawcy:

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

— —

Dzień/Miesiąc/Rok

Telefon (pole nieobowiązkowe)

Adres zameldowania:

Nr domu

Nr mieszkania

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

—

Adres korespondencyjny:

Nr domu

Nr mieszkania

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

—

Oświadczam, że mój miesięczny dochód brutto wynosi:

- 0 - 500 zł
- 501 - 1000 zł
- 1001 - 1500 zł
- powyżej 1500 zł

i uzyskany jest z tytułu:

- Emerytury
- Renty
- Inne, jakie? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych objętych w części 1 niniejszego formularza przez Fundację „Dbam o Zdrowie" z siedzibą w War-szawie, 03-042, ul. Marywilska nr 42 b (zwaną dalej „Fundacją"), jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyłącznie w celach związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji, polegających na udzielaniu pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków oraz przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania o zaprzestaniu ich przetwarzania.

Podpis .....

Data .....

II W celu uzasadnienia wniosku prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

W przypadku udzielenia przez Fundację na moją rzecz dofinansowania zakupu leków, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację, jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w tym udostępnianie podmiotom świadczącym usługi związane z ochroną zdrowia i zaopatrzeniem w leki i wyroby medyczne oraz ofiarodawcom Fundacji danych objętych w części 2 niniejszego formularza, informacji o sposobie wykorzystania udzielonego przez Fundację dofinansowania zakupu leków, roku urodzenia oraz miejscowości, w której zamieszkuję - wyłącznie w celach statystycznych, realizowanych w zakresie działalności statutowej Fundacji, pozwalających na opracowywanie analiz dotyczących zjawisk i zachowań pacjentów na rynku usług związanych z ochroną zdrowia oraz zaopatrzeniem w leki i wyroby medyczne.

Przyjmuję do wiadomości, że udzielenie niniejszej zgody:

- ma charakter dobrowolny
- dotyczy przetwarzania danych obecnie oraz w przyszłości
- dotyczy wyłącznie przetwarzania danych wyszczególnionych w niniejszym oświadczeniu; nie dotyczy ono danych osobowych objętych pkt. I niniejszego formularza w postaci imienia, nazwiska, pełnej daty urodzenia, adresu zamieszkania (ulica, nr domu, kod pocztowy, poczta) oraz telefonu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania o zaprzestaniu ich przetwarzania.

Na leczenie jakich schorzeń/dolegliwości zostanie wykorzystana dotacja fundacji?
(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Alergii
- Artretyzmu
- Astmy
- Chorób przewodu pokarmowego
- Prostaty
- Chorób serca
- Jaskry
- Cukrzycy
- Choroby Parkinsona
- Choroby nowotoworowe
- Chorób mięśniowo - szkieletowych
- Inne, jakie? .....

.....

Ile przeciętnie miesięcznie wydajesz na leki?

Ile wydawałbyś miesięcznie w aptece, gdyby było Cię stać na zakup wszystkich zaleconych leków?

Ile razy w miesiącu odwiedzasz aptekę?

Czy zdarzyło Ci się nie wykupić recepty z przyczyn finansowych?

Podpis .....

Data .....