**ANKIETA**

**osoby użytkującej w warunkach domowych urządzenia medyczne podtrzymujące oraz wspomagające funkcje życiowe**

**DANE UŻYTKOWNIKA:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DANE OPIEKUNA:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**RODZAJ I TYP SPRZĘTU MEDYCZNEGO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czy sprzęt medyczny posiada /nie posiada\* zasilanie rezerwowe

czas pracy na zasilaniu rezerwowym: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posiadam/nie posiadam\* zewnętrzne źródło zasilania (agregat prądotwórczy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(jaki rodzaj zasilania) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_agregat prądotwórczy o mocy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zasilany (typ paliwa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posiadam zapas paliwa w ilości\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posiadam/ nie posiadam\* warunki do instalacji agregatu prądotwórczego

Otrzymuję/nie otrzymuję\* informacje o planowanych włączeniach prądu lub awariach

**DANE ŚWIADCZENIODAWCY (w tym dane opiekuna medycznego)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DANE ZAKŁADU ENERGETYCZNEGO ZAPEWNIAJĄCEGO ZASILANIE**

……………………………………………………………………

(podpis użytkownika lub opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia   
27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Mszana, adres: Urząd Gminy Mszana   
   ul. 1 Maja 81, 44-325 Mszana, email: urzad@mszana.ug.gov.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych możliwy jest pod adresem: [iod@mszana.ug.gov.pl](mailto:iod@mszana.ug.gov.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia pomocy osobom użytkującym w warunkach domowych sprzętów medycznych na wypadek długotrwałych awarii energetycznych.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest wypełnienie obowiązku wynikającego z przepisu prawa   
   tj. art.19 ust. 2 pkt. 1 ustawy o zarządzaniu kryzysowym z dnia 26 kwietnia 2007r. (Dz.U. 2023 poz. 122),   
   art. 7 ust.1 pkt. 14 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2024 poz. 1465);.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa i podmioty świadczące usługi wsparcia i serwisu dla Urzędu Gminy Mszana. Odbiorcy danych zostaną zobowiązani do zachowania danych osobowych w poufności w procesie ich przetwarzania.
6. Państwa dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z kategorią archiwalną według Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.01.2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych przez okres 5 lat od dnia zakończenia celu w jakim były przetwarzane z możliwością wydłużenia tego okresu po przeprowadzeniu ekspertyzy.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i jest wymogiem niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą „Zapewnienia bezpieczeństwa osobom użytkującym w warunkach domowych urządzenia medyczne podtrzymujące oraz wspomagające funkcje życiowe”.
9. Mają Państwo:
10. prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (art. 15 RODO);
11. prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (art. 16 RODO);
12. prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
13. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
    ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

…………………………………………………… …………………………………………………………

(data, podpis opiekuna) (data, podpis użytkownika)