WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI /

*FILL IN WITH BLOCK LETTERS*

****

**DEKLARACJA PRACOWNIKA**

**PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO**

**(TZW. „PAKIET MEDYCZNY”)[[1]](#footnote-1)**

***EMPLOYEE’S DECLARATION OF JOINING THE AGREEMENT FOR HEALTH CARE SERVICES WITHIN MEDICAL CARE PACKAGES1***

Nazwisko i imię pracownika / *employee’s name and surname* ...............................................................................................................................................

PESEL ...…………….....................................................................Data urodzenia / *Date of birth*………………………………………………………………..

Adres zamieszkania / *place of residence*:

Miejscowość / c*ity* .................................................................................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy / *postcode*......................................................................................................................................................................................................................................

Ulica / *street*...................................................................................................................................................................................................................................................................

nr domu / *house No.*……………………….. nr lokalu / *apartment No.*................................................................................................................................................

Numer telefonu */ phone No.*............................................................... adres e-mail / *e-mail address*: .............................................................................................

**Wnioskuję o przystąpienie do / *I apply for joining***:

podstawowego pakietu medycznego / *basic medical care package*

rozszerzonego pakietu medycznego / *extended medical care package*

Jednocześnie / *At the same time*:

* 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 mojej osoby do pracowniczego pakietu medycznego do PZU Zdrowie S.A i przekazywania jej do PZU Zdrowie SA z siedzibą w Warszawie, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000395215   
  w kwocie: /

*I agree for deducting from my monthly remuneration for work, sickness benefit, social insurance benefits as well as all other receivables from the employer charges resulting from joining the employee medical care package and transferring these charges to PZU Zdrowie SA with its registered seat in Warszawa entered in the National Court Register (Krajowy Rejestr Sądowy) under the KRS identification number 0000395215 in the amount:*

**5,00 zł** (dotyczy pakietu podstawowego) /

***PLN 5*** *(as regards basic package)*

**25,25 zł – 39,42 zł** (dotyczy pakietu rozszerzonego)[[2]](#footnote-2) /

***PLN 25,25 – 39,42*** *(as regards extended package)2*

* wyrażam zgodę na potrącanie należności przez okres co najmniej 12 miesięcy (odstąpienie od umowy przed upływem   
  12 miesięcy następuje tylko w przypadku: rozwiązania umowy o pracę lub skorzystania z urlopu bezpłatnego powyżej   
  1 miesiąca). /

*I agree for deducting the charge for the period of at least 12 months (withdrawal from the agreement before the lapse of 12 months shall take place only in the case of termination of the contract of employment or unpaid leave longer than 1 month).*

* potwierdzam, że jestem świadoma/y, iż kwota dofinansowywana przez UJ do pakietu medycznego będzie stanowiła mój przychód ze stosunku pracy /

*I confirm I am aware that the amount of JU medical care package subsidising will be my income from employment relationship*

* potwierdzam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami korzystania z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu medycznego i je akceptuję. /

*I confirm that I have read regulations and rules for benefitting from provided health care services under medical care package and I accept it.*

..................................................................................

data i czytelny podpis pracownika / *date and employee’s legible signature*

Data wpływu do CSO / *date of filing with the Centre for Personnel Affairs* .....................................

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA / *EMPLOYEE’S STATEMENT***

**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH / CONSENT FOR PERSONAL DATA DISCLOSURE**

(dotyczy pracownika przystępującego do pakietów medycznych / *concerns an employee joining medical care package*)

w związku z przystąpieniem do pracowniczych pakietów medycznych wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przystąpienie do pracowniczych pakietów medycznych do PZU Zdrowie Spółki Akcyjnej z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa w celu umożliwienia mi korzystania z usług medycznych objętych umową główną zawartą 20 grudnia 2021 r pomiędzy Uniwersytetem Jagiellońskim, a PZU S.A., zgodnie z porozumieniem w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r. /

*with reference to joining medical care packages I agree for disclosure of my personal data provided in the motion for joining employee medical care packages to PZU Zdrowie Spółka Akcyjna with its registered seat in Warszawa, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa in order to make it available for me to benefit from medical services covered by the prime agreement concluded on 20 December 2021 between the Jagiellonian University and PZU S.A., under the agreement concerning processing of personal data and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) and the act on personal data protection of 10 May 2018*

Przyjmuję do wiadomości, że po udostępnieniu moich danych osobowych przez UJ do PZU S.A. administratorem moich danych osobowych będzie PZU S.A. / *I accept that PZU S.A. will be my personal data controller after disclosure of my personal data by the JU to PZU S.A.*

             …………………………………………….

data i czytelny podpis osoby przystępującej / *date and legible signature of the joining person*

**Klauzula informacyjna / *Information clause***

(dotyczy pracownika przystępującego do pakietów medycznych / *refers to employees joining medical care packages*)

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „RODO”) informujemy, że: /

*In accordance with Article 13 of the and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) we inform you that:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* jeśli zostało wskazane we wniosku jest Uniwersytet Jagielloński, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, reprezentowany przez Rektora. /

*Jagiellonian University, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, represented by the Rector is the controller of your personal data/personal data of your ward/child\* if they were indicated in the motion.*

1. Uniwersytet Jagielloński wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem możliwy jest przez e-mail: iod@uj.edu.pl, pod nr telefonu 12 663 12 25 lub bezpośrednio pod adresem ul. Czapskich 4, 31-110 Kraków pok. nr 27. /

*Jagiellonian University appointed Data Protection Officer. You may contact the Officer via e-mail: iod@uj.edu.pl, phone no. 12 663 12 25 or directly at ul. Czapskich 4, 31-110 Kraków room 27.*

1. Pani/Pana dane osobowe/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* przetwarzane będą w celu umożliwienia korzystania z usług medycznych poprzez udostępnienie Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* zawartych we wniosku o przystąpienie do pracowniczych pakietów medycznych do PZU Zdrowie Spółki Akcyjnej z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa (dalej jako PZU S.A.) /

*Your personal data/personal data of your ward/child\* will be processed in order to make it possible to benefit from medical services by disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* provided in the motion for joining employee medical care packages to PZU Zdrowie Spólka Akcyjna with its registered seat in Warszawa, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa (hereinafter referred to as PZU S.A.).*

1. Podstawą udostępnienia Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\*do PZU S.A. jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO czyli udzielona przez Panią/Pana zgoda. /

*The basis for disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* to PZU S.A. is Article 6 (1) (a) of GDPR, i.e. your consent.*

1. Po udostępnieniu Pani/Pana danych/danych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* do PZU S.A., UJ przestaje być administratorem Pani/ Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\*. Administratorem danych osobowych udostępnionych na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody będzie PZU S.A. /

*After disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* to PZU S.A., the JU ceases to act as controller of your personal data/ personal data of your ward/child\*. The controller of personal data disclosed under your consent shall be PZU S.A.*

1. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych. /

*Personal data shall not be transferred to third countries or international organisations.*

1. Pani/Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Pani/Panu/podopiecznemu/dziecku\* świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentów medycznych z tytułu przystąpienia do medycznych pakietów pracowniczych lub do momentu wycofania przez Panią/Pana zgody na udostępnianie danych osobowych. Wycofanie zgody na udostepnienie skutkować będzie brakiem możliwości przekazania danych do PZU S.A. i korzystania z pakietów medycznych. /

*Your personal data/personal data of your ward/child\* will be stored no longer than it is indispensable for performance of medical services to which you/ward/child\* are entitled upon joining medical care packages or till the moment of withdrawing your consent for data disclosure. Withdrawal of consent for disclosure shall result in lack of possibility of transferring data to PZU S.A. and benefitting from medical care packages.*

1. Posiada Pani/Pan prawo do: uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych i uprawnieniach przysługujących zgodnie z RODO, dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia danych osobowych ze zbiorów administratora (chyba że dalsze przetwarzanie jest konieczne dla wykonania obowiązku prawnego albo w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń), oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO. /

*You have the right to: acquire information regarding personal data processing and your rights under GDPR, access to your data and its rectification, as well as the right to erase personal data from controller’s collection (unless further processing is necessary for performance of legal obligation or in order to determine, establish or protect claims), as well the right to limit data processing, data portability, to object against processing – in cases and under conditions determined by GDPR.*

1. W razie uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* narusza przepisy RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. /

*In the case of determining that processing of your personal data/personal data of your ward/child\* violates the GDPR you have the right to file a complaint with the President of Personal Data Protection Office.*

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do objęcia pakietem medycznym. /

*Personal data providing is voluntary however it is indispensable in order to be covered by medical care package.*

1. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani nie będą służyć do profilowania. /

*Personal data neither shall be used to automated decisions making, nor shall be used for profiling.*

        …………………………………………………….

data i czytelny podpis osoby przystępującej / *date and legible signature of the joining person*

1. Deklaracja złożona do 20 dnia danego miesiąca upoważnia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach pakietów medycznych od miesiąca następnego / *Declaration filed till 20th day of a given month entitles to benefit from health care services under medical care packages from the following month* [↑](#footnote-ref-1)
2. Kwota uzależniona od ogólnej liczby osób (pracowników oraz osób bliskich) korzystających w UJ z pakietów medycznych – zgodnie z postanowieniami umowy głównej z dnia 20 grudnia 2021 r. pomiędzy UJ a PZU S.A. / *The amount depends on the total number of persons (employees and relatives) benefiting from medical care packages – in accordance with provisions of the prime agreement concluded on 20 December 2021 between the JU and PZU S.A.* [↑](#footnote-ref-2)