OŚWIADCZENIE

Zgoda uczestniczki na nieodpłatny udział w programie:

„Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży”

Pola oznaczone gwiazdką (*) są obowiązkowe. Formularz można wypełnić albo odręcznie (po wydrukowaniu – dużymi, drukowanymi literami, w polach poniżej), albo wyłącznie na komputerze.

1. Dane osobowe

Imię *		**Nazwisko** *
Adres e-mail *		**Numer telefonu** * +48
Kod pocztowy *	**Miasto** *	
Ulica *	**Nr domu** *	**Nr lokalu (opcjonalnie)**
Kraj (opcjonalnie)		

2. Zgoda na udział w Programie

Oświadczam, że uzyskałam informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, przez Carebits Sp. z o.o. (ul. Nowy Świat 57/59 lok. 12, 00-042 Warszawa) w celu:

1. realizacji świadczeń telemedycznych (TeleKTG) oraz opieki medycznej;
2. sprawozdawczości i rozliczenia dotacji z Samorządem Województwa Pomorskiego.

Dane mogą być przekazywane podmiotom leczniczym uczestniczącym w programie oraz Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Pomorskiego, wyłącznie w zakresie niezbędnym do rozliczenia programu.

Zgoda jest dobrowolna. Przysługuje mi prawo dostępu, sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Administratorem danych jest Carebits Sp. z o.o.; kontakt: info@carebits.pl.

carebits | WOJEWÓDZTWO POMORSKIE | COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku

4. Uczestnictwo w programie składać się będzie z:

- Nieodpłatnego wypożyczenia uczestniczce programu przenośnego aparatu KTG;
- analizy i interpretacji zapisu KTG wykonanego w warunkach domowych przy użyciu ww. aparatu KTG i przesłanego zdalnie do całodobowego Centrum Monitoringu;
- przekazywania opisu przygotowanego przez Centrum Monitoringu wykonanego badania uczestniczce programu;
- niezwłocznego kontaktu ze strony kadry medycznej w przypadkach stwierdzenia nagłego pogorszenia parametrów życiowych płodu;
- nieodpłatnego zwrotu pakietu KTG.

5. Oświadczenia uczestniczki

Przy każdym oświadczeniu zaznacz TAK albo NIE (na wydruku – zakreśl lub zaznacz krzyżykiem; na komputerze – kliknij kwadrat lub wpisz X). Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam i zrozumiałam, uzyskałam również wyjaśnienia dotyczące uczestnictwa w Programie i korzystania ze zdalnego monitoringu KTG. *	☐ **TAK** ☐ **NIE**
Oświadczam, że jestem w (podaj liczbę) tygodniu ciąży. *	**tydzień ciąży**
Oświadczam, że jestem mieszkanką/jestem zameldowana w województwie pomorskim. *	☐ **TAK** ☐ **NIE**
Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełnienia Ankiety po zakończeniu korzystania z Programu. *	☐ **TAK** ☐ **NIE**

6. Data i czytelny podpis uczestniczki

Data:	**Czytelny podpis uczestniczki:** *(na komputerze wystarczy wpisać imię i nazwisko)*