

Na stronie www.EuroMedis.pl, wejdź na podstronę PODSTAWOWEJ **OPIEKI** ZDROWOTNEJ, wybierz z bocznego menu JAK ZŁOŻYĆ E-DEKLARACJĘ DO POZ. To strona, na której obecnie się znajduj



START



e	S	Ζ	

NAS	SPECIALIŚCI			KONTAKT	+48 91 818 71 4	1 REIESTRAC		Wyezukaj	0	lezyk: 💻
		borneenn	THE OFFICE	Konnaki				Wyszukaj	~	
	6.	OŚRODEK TERAPII .	ZABURZEŃ PAMIĘCI	È	O DIAG	NOSTYKA		SROE	DEK BADAÑ	KLINICZNYCH
WA C	PIEKA ZD	ROWOTNA								
										f
										10
										ш.
										Ø
4										
z, że Ty	i Twoi bliscy	będą odpowied	lnio objęci opiek	ą medyczną	, na którą nie tylk	o zasługują, ale k	ctóra im się n	ależy, to		
~	0.000									
a być p	prowadzona	na najwyższym	poziomie, spełni	ającym wszy	ystkie europejskie	e standardy.				
e i rzet	elne podejśc	ie do każdego p b warunkach	pacjenta. W jedny	ym miejscu :	zapewniamy nie t	ylko bezpłatne le	eczenie na N	FZ, ale dostę	p do	
CIC, WI	connorcowyc	in wardinkach.								
							.			
		A	8							
							-			



Następnie przechodzisz do ostatniej sekcji na dole: **FORMULARZE E-DEKLARACJI** i wybierasz odpowiednią deklarację.



START





DEKLARACJĘ.

EM EuroMedis POZ PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	DEKLARACJA WYBORU LEKARZA POZ
WYŚ	WIETL INSTRUKCJĘ WYPEŁNIENIA
Dane pacjenta	
Dane osobowe Imię * Jan Nazwisko * Kowalski	
Nowak Data urodzenia 01/02/1910	
Płeć Mężczyzna Proszę zaznaczyć jedną z opcji	•
Numer PESEL* 10020122333	
Dane adresowe ^{Ulica *} Długa	
Numer domu/mieszkania * 1a/22b Kod pocztowy i miejscowość *	
GENERUJ DEKLARACJĘ POBIERZ DEKLARACJĘ PODPISZ	WRÓĆ



Wypełnij formularz na stronie, jeśli skończyłeś, potwierdź przyciskiem GENERUJ

EM

JAK ZŁOŻYĆ E-DEKLARACJĘ ZA POMOCĄ PROFILU ZAUFANEGO

PRZYGOTOWANIE FORMULARZA

Następnie pojawi Ci się okno ze **ZGODĄ NA PRZETWARZANIE DANYCH**. Warunkiem przyjęcia do nas Twojej deklaracji jest wyrażenie zgody poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola i naciśnięcie przycisku **WYRAŻAM ZGODĘ**.

M EuroMedis POZ	DEKLARAC. IA W/YRORI I I EKAR7A PO
Zgoda na przetwarzanie danych	
DLA PACJENTÓW EUROMEDIS SP. Z 0.0.	
Szanowni Państwo,	
Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (U przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tak RODO) informujemy że:	E)2016/679 z dnia 27.05. 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z kich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE1 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych,
1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Medyczne Eu Szczecin, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądow Gospodarczy, KRS pod nr 0000333478, telefon (91) 818 21 41, adres e-ma	uroMedis Spółka z o.o. z siedzibą w Szczecinie przy ul. Powstańców Wielkopolskich 33a, 70-111 vego, dla której akta prowadzi Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie XIII Wydział il: info@euromedis.pl.(dalej EuroMedis)
 Inspektor Ochrony Danych – sprawami ochrony danych osobowych zajm Administratora i poprzez pocztę wysłaną na adres spółki EuroMedis lub na Cele i podstawy przywa przetwarzania Daństwa danych cochowych zajm 	nuje się w naszym Centrum Medycznym Agata Banc, z którą można się kontaktować w siedzibie e-mail: iod@euromedis.pl
 cele i podstawy prawne przetwarzania Państwa danych osobowych mog udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medyczn zakresie ochrony zdrowia; 	ią być następujące. nej Pacjentów na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) oraz art. 9 ust.2 lit. h) RODO i przepisów ustaw w
 prowadzenie rozliczeń finansowych z Pacjentami, w tym wystawianie rac opłat na podstawie art. 6 ust.1 lit. b), c) RODO; 	hunków w związku z udzielaniem komercyjnych świadczeń zdrowotnych i pobierania innych
 3) wydawanie opinii lekarskich i zaświadczeń w zakresie zapewnienia zabe związku z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawą o s 4) prowedzenie badać klipieznych no podstawie at 6 ust 1 lit b) oraz at 6 	zpieczenia społecznego Pacjentów EuroMedis, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b), h) RODO i w świadczeniach z ubezpieczenia społecznego;
 5) prowadzenie badań kinicznych na podstawie art. 6 dst. 1 nr. 6) oraz art. 5 5) prowadzenie ksiąg rachunkowych oraz rozliczeń podatków na podstawie towarów i usług; 	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z ustawą o rachunkowości oraz ustawą o podatku od
 6) prowadzenie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie finansowanych ze środków publicznych. 4. Desweierze deiewcietecze Administratowa na podstawie z 4. 2000 któw publicznych. 	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art.188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
 Prawnie uzasadniony interes Administratora – na podstawie art. 6 ust. 11 stosuje monitoring terenu parkingu i budynku administracyjnego EuroMe może bronić swoich praw i dochodzić roszczeń w związku z prowadzoną 	dis dla zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa Pacjentów oraz Pracowników spółki; działalnością medyczną.
 Kategorie i zakres danych osobowych – na potrzeby udzielanych świadcz Pacjentów oraz w celu prowadzenia badań klinicznych Euromedis pozyskuj Źródła pozyskiwania danych osobowych: 	zerści powoś vch, w tym w celu prowadzenia wymaganej prawem dokumentacji medycznej de i przed dane osobowe zwykłe oraz szczególne dane osobowe dotyczące zdrowia.
	Zapoznałem się z warunkami przetwarzania danych osobowych i akceptuję je.
	NIE WYRAŻAM ZGODY WYRAŻAM ZGODE





PRZYGOTOWANIE FORMULARZA

Sprawdź dane, które wpisałeś. Jeśli chcesz je poprawić, naciśnij przycisk **EDYTUJ** a następnie **GENERUJ.** Jeżeli dane są poprawne, to naciśnij przycisk **POBIERZ DEKLARACJĘ**. Na Twoim komputerze zapisze się **plik o nazwie składającej się z 9 znaków, które są pierwszymi cyframi Twojego PESELU**.

	DEKLARACJA WYBORU LEKARZA POZ
Prosze zaznaczyć iedna z opcii WYŚWIETL I	NSTRUKCJĘ WYPEŁNIENIA
zmiana miejsca zamieszkania	
zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadcz	eniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
Z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)	
🔲 inna okoliczność	
Wybór jednej z opcji jest wymagany	
Podać przyczyny inne *	
Dane dotyczące lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki medycznej:	
lek. Katarzyna Płudowska - specjalista medycyny rodzinnej	•
Proszę zaznaczyc jedną z opcji W bieżącym roku dokonuję wyboru:	
Po raz kolejny	•
Proszę zaznaczyć jedną z opcji okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podsta	wowej opiece zdrowotnej: *
zmiana miejsca zamieszkania	
zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadcz	eniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy.
z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)	
inna okoliczność	
Wybór jednej z opcji jest wymagany	
Redeé provenu inne *	





PRZYGOTOWANIE FORMULARZA

Następnie po kliknięciu przyciski **PODPISZ DEKLARACJĘ** zostaniesz przekierowany na stronę https://moj.gov.pl/uslugi/signer/upload?xFormsAppName=SIGNER

	DEKLARACJA WYBORU LEKARZA POZ
Prosze zaznaczyć iedna z opcii WYS	ŚWIETL INSTRUKCJĘ WYPEŁNIENIA
zmiana miejsca zamieszkania	
zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego	świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
Z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jaki	ch)
inna okoliczność	
Wybór jednej z opcji jest wymagany	
Inne przyczyny zmiany placówki	
Dane dotyczące lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki medycznej:	
Proszę zaznaczyć jedną z opcji	•
W bieżącym roku dokonuję wyboru: Po raz kolejny	•
Proszę zaznaczyć jedną z opcji	
okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. c	o podstawowej opiece zdrowotnej: *
zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego	świadczeniodawce, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
z innych przyczyn powstałych po stronio świadczoniodawcy (nodać jaki	
Wybor jednej z opcji jest wymagany Podać przyczyny inne *	
Inne przyczyny zmiany lekarza	
EDYTUJ POBIERZ DEKLARACJĘ PODPISZ	WRÓC





UZYSKANIE PODPISU ELEKTRONICZNEGO

Po zalogowaniu się załaduj na stronę dokument PDF z DEKLARACJĄ, który wygenerowałeś z naszej strony, aby tego dokonać kliknij niebieski przycisk **WYBIERZ DOKUMENT Z DYSKU** i wybierz zapisany plik o nazwie składającej się z 9 pierwszych cyfr Twojego PESELU.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej		Solution (Section 2) (Secti
	Mój Gov	
	<section-header><section-header><section-header><section-header><list-item><list-item><list-item></list-item></list-item></list-item></section-header></section-header></section-header></section-header>	 Rezmiar dokumentu nie może przekraczać 10 M8. Rezerzenie tzr. rr. jod zos, odo, odo, odo, odo, odo, odo, odo, o
	Rządowe centrum legislacji Polityka cookies Służba cywilna Profil zaufany BIP Deklaracja o dostępności Prawa autorskie	gov.pl





UZYSKANIE PODPISU ELEKTRONICZNEGO

Zostaniesz przekierowany na stronę logowania do **PROFILU ZAUFANEGO**. Tutaj logujesz się do PROFILU ZAUFANEGO za pośrednictwem nazwy użytkownika lub adresu e-mail. Jeśli robisz to przez swój Bank logujesz się przy pomocy loginu i hasła do swojego Banku.

gov.pl Serwis Rzeczypos	politej Polskiej
	Login 🕤 Profil Zaufany
	Zaloguj się za pomocą nazwy Zaloguj się przy pomocy banku użytkownika lub adresu e-mail lub innego dostawcy
	Nazwa użytkownika lub adres e-mail Image: Sontander Sontander Wpisz nazwę użytkownika lub adres e-mail Image: Sontander Sontander
	Nie pamiętam nazwy użytkownika LUB Hasło ING Imank Wpisz hasło
	Nie pamiętam hasła ZALOGUJ SIĘ Nie masz Profilu Zaufarego:
	Twój bank lub dostawca nie udostępnia logowania? ZAŁÓŻ PROFIL





UZYSKANIE PODPISU ELEKTRONICZNEGO

Po zalogowaniu automatycznie wyświetli się Tobie strona z sekcją **PODPISYWANIE** DOKUMENTÓW, na której klikniesz w niebieski przycisk PODPISZ PODPISEM ZAUFANYM. Po kliknięciu wprowadź kod, który otrzymasz SMS-em i **POTWIERDŹ**.

profil zaufany		Konto prywatne	
PROFIL ZAUFANY	AKTUALNOŚCI POMOC KONTAKT		
Podpisywanie do	kumentu	Anuluj Podpisz podpisem zaufanym	
Informacje o profilu zaufanym	Pierwsze imię		
	Drugie imię		
	Nazwisko		Potwierdź podpisanie dokumentu
	PESEL		Wpisz poniżej kod autoryzacyjny, który wysłaliśmy na twó
	Identyfikator użytkownika		Kod autoryzacyjny nr 2 z dnia 20.03.2020:
	Data utworzenia		
	Data wygaśnięcia		Anuluj POTWIERDŻ
Informacje dodatkowe	Podpisywanie dokumentu profilem zaufanym.		
Dane dokumentu	Podgląd dokumentu Nie udało się zwizualizować zawartości dokumentu. Aby się z n poniżej.	nią zapoznać, możesz pobrać dokument <mark>, korzystając z p</mark> rzyc	cisku

JAK ZŁOŻYĆ E-DEKLARACJĘ ZA POMOCĄ PROFILU ZAUFANEGO







UZYSKANIE PODPISU ELEKTRONICZNEGO

POTWIERDŹ.

Weakilontrat
Potwierdź podpisanie dokumentu
Aby potwierdzić podpisanie dokumentu, zaloguj się do swojego banku lub innego dostawcy tożsamości, z którego usług korzystasz
Nazwisko NOWAK

JAK ZŁOŻYĆ E-DEKLARACJĘ ZA POMOCĄ PROFILU ZAUFANEGO

Zostaniesz ponownie przekierowany na stronę rządową, na której pojawi się komunikat POTWIERDŹ PODPISANIE DOKUMENTU. Dokonaj tego naciskając niebieski przycisk





UZYSKANIE PODPISU ELEKTRONICZNEGO

Zostaniesz ponownie przekierowany na stronę rządową, na której pojawi się powyższy komunikat, że Twój dokument został poprawnie podpisany. Kliknij na niebieski przycisk **POBIERZ** a następnie po pojawieniu się następnego komunikatu przycisk **OK**.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej		② Logowanie
	Mój Gov	
	Twój dokument został poprawnie podpisany	
	Otwieranie deklaracja_wyboru_poz.pdf.xml X Rozpoczęto pobieranie pliku: Rozpoczęto pobieranie pliku: deklaracja_wyboru_poz.pdf.xml Typ pliku: XML Document Adres: https://pz.gov.pl Po ukończeniu pobierania: Otwieranie deklaracja_wyboru_poz.pdf.xml Image: Comparison of the state of th	
	Pobierz dokument ze swoim podpisem na dysk lokalny. Plik będzie w formacie XML. POBIERZ Jak zobaczyć zawartość pobranego plik	



WYSŁANIE PODPISANEJ E-DEKLARACJI

Twoja DEKLARACJA została podpisana podpisem elektronicznym i teraz możesz już ją wysłać do naszej placówki. W tym celu wyszukaj katalog najszybciej przez **LUPĘ** na pasku startowym, wpisując **POBRANE**. Następnie kliknij w ikonę wyszukanego katalogu **POBRANE**, gdzie ostatnio zapisanym plikiem będzie Twoja **E-DEKLARACJA** w formacie xml (**plik będzie posiadał nazwę składającą się z dziewięciu znaków, które są pierwszymi cyframi Twojego PESELU**).



-	dyski sieciowe		





Plik **E-DEKLARACJI** w formacie xml wysyłasz do naszej placówki na adres e-mail:

W tytule e-maila prosimy wpisać: E-DEKLARACJA WYBORU POZ. W odpowiedzi dostaniesz e-maila, potwierdzającego przyjęcie E-DEKLARACJI w Centrum Medycznym EuroMedis.