 <p>PROCEFAR PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p>PCF Procefar Sp. z o.o. 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	SOP/HF/017/Z/5ed10
		Formularz
		Nr edycji 10
		Nr strony 1/3
<p>Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji innych podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych</p>		
<p>Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.</p>		

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (dalej zwane RODO) informuję, iż:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest PCF Procefar sp. z o.o. (zwana dalej spółka PCF) z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Żmigrodzkiej 242F, Dane kontaktowe Administratora: iod@hasco-lek.pl.
- Administrator przetwarza następujące kategorie danych osobowych: imię, nazwisko, adres korespondencyjny, adres email, nr telefonu; w przypadku realizacji współpracy: NIP, REGON, nr rachunku bankowego, informacje o płatnościach i zadłużeniu.
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu i na podstawie przepisów prawa:
 - Realizacji współpracy handlowej między Stronami na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B) RODO – wykonanie umowy lub realizacji zamówienia, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy lub zamówienia,
 - Marketingu bezpośredniego, szkoleń na podstawie art. 6 ust 1 lit. F) RODO – prawnie uzasadniony interes realizowany przez spółkę PCF, polegający na prowadzeniu działalności gospodarczej i rozszerzeniu rynku zbytu oferowanych produktów,
 - Wykonania ciężących na spółce PCF obowiązków prawnych (w szczególności: wystawianie, i przechowywanie faktur/dokumentów sprzedaży i innych dokumentów księgowych, rozpatrywanie reklamacji) – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na spółce PCF – art. 6 ust. 1 lit. C) RODO,
 - Realizacji wstrzymania / wycofania produktów z obrotu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. 2008 nr 57 poz. 347 z późn zm.),
 - zapewnienia właściwej realizacji Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej przez spółkę PCF Procefar zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U z 2015r., poz. 381 z późn. zm.) i Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126 poz. 1381 z późn. zm.).
- Odbiorcami danych osobowych mogą być: przedsiębiorstwa pocztowe, firmy kurierskie/transportowe, firmy zapewniające wsparcie IT dla Administratora, lub jego podwykonawcy oraz odbiorcy uprawnieni na podstawie przepisów prawa,
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania współpracy i 10 lat po jej zakończeniu.
- Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do: żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- W celu skorzystania z ww. uprawnień należy przesłać wniosek na adres Administratora, który zrealizuje wskazane prawa, jeżeli nie będą istniały okoliczności uprawniające Administratora do ich przetwarzania o czym zostanie poinformowana osoba, której dane dotyczą.
- Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu i nie będą przekazywane do państw trzecich.
- Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być: a) Sagra Technology sp. z o.o., b) strony internetowe: www.gif.gov.pl; www.ceidg.gov.pl; www.stat.gov.pl

Powyższy zapis dotyczy osób fizycznych w tym prowadzących działalność gospodarczą.


Dane Nabywcy (Płatnika)

Nazwa firmy/Podmiotu	
Adres firmy/Podmiotu	
NIP	
KRS (jeśli dotyczy)	
REGON	

Dane Odbiorcy Produktów (Miejsce Dostawy) – wg dołączonej tabeli

Rodzaj prowadzonej działalności*	<input type="checkbox"/>	Apteka Szpitalna
	<input type="checkbox"/>	Dział Farmacji
	<input type="checkbox"/>	Podmiot leczniczy
	<input type="checkbox"/>	Praktyka lekarska / lekarza dentysty
	<input type="checkbox"/>	Praktyka pielęgniarska / położnicza
	<input type="checkbox"/>	Weterynarz
	<input type="checkbox"/>	Sklep zielarsko-medyczny
	<input type="checkbox"/>	Sklep specjalistyczny zaopatrzenia medycznego
	<input type="checkbox"/>	Sklep ogólnodostępny
	<input type="checkbox"/>	Inny (jaki?)*
Nazwa odbiorcy		
Adres odbiorcy		
Telefon		
E-mail		
Nr Księgi Rejestrowej (jeśli dotyczy)		

- Jeśli dotyczy kilku miejsc dostawy wypełnij Załącznik 1 (str.3)

 <p>PROCEFAR PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p>PCF Procefar Sp. z o.o. 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	SOP/HF/017/Z/5ed10
		Formularz
		Nr edycji 10
		Nr strony 2/3
<p>Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji innych podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych</p>		
<p>Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.</p>		

Uwagi	
Osoba kontaktowa do wstrzymania i wycofania	
Imię i nazwisko	
Telefon stacjonarny i komórkowy	
E-mail	

.....
(data, pieczętka i czytelny podpis przedstawiciela Klienta)

<p><i>Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie niniejszego dokumentu. Wszelkie informacje zawarte przez Państwa w niniejszym formularzu będą traktowane jako poufne pomiędzy PCF Procefar sp. z o.o. a Państwa Firmą.</i></p>
<p><i>Prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza na adres kwalfikacja@procefar.pl W razie zmian danych, prosimy o aktualizację.</i></p>
<p>* <i>Zaznaczyć X właściwą odpowiedź</i></p>
<p>** <i>Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 07.04.2022r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. 2022 Poz. 852) §1.</i></p>

PCF Procefar sp. z o.o. / UWAGI

Załącznik nr 1

Dane Odbiorcy Produktów (Miejsce Dostawy)			PROSZĘ WYPEŁNIĆ DANE DLA WSZYSTKICH LOKALIZACJI – w przypadku większej ilości lokalizacji dodaj wiersz poniżej			
Lp.	Rodzaj prowadzonej działalności	Nazwa odbiorcy	Adres odbiorcy	Telefon	E-mail	E-mail płatności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
Osoba kontaktowa do wstrzymania i wycofania			PROSZĘ WYPEŁNIĆ DANE DLA WSZYSTKICH LOKALIZACJI – w przypadku większej ilości lokalizacji dodaj wiersz poniżej			
Lp.	Imię i nazwisko		Telefon stacjonarny i komórkowy		E-mail	
Ad.1						
Ad.2						
Ad.3						
Ad.4						
Ad.5						

Przedstawiciel Klienta

.....
(data, pieczętka, podpis)