

KOD POSTĘPOWANIA I NAZWA:
12-26-000004/LSZ/03/8/03.4240.010.02/12
KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD
ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z NOWOTWOREM PIERSI
(KON-PIERŚ)

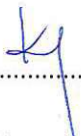





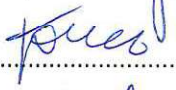




DATA: 10.12.2025





**INFORMACJA O ROZSTRZYGNIĘCIU POSTĘPOWANIA
O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH
W ZAKRESIE
KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD
ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z NOWOTWOREM PIERSI (KON Pierś)
UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

W wyniku postępowania:
dokonano pozytywnej oceny 5 wniosków

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P. w Częstochowie, 123/100147, 42-200 Częstochowa, ul.Białańska 104/118
2. Beskidzkie Centrum Onkologii-Szpital Miejski im.Jana Pawła II w Bielsku-Białej, 122/112476, 43-300 Bielsko-Biała, ul.Wyzwolenia 18
3. NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE-PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY, 126/100035, 02-781 Warszawa, ul.Wilhelma Konrada Roentgena 5
4. Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, 125/101002, 41-300 Dąbrowa Górnicza, ul.Szpitalna 13
5. KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII, 121/100559, 40-074 Katowice, ul.Raciborska 26
(należy podać nazwę i adres Wnioskodawcy)

ZESPÓŁ W SKŁADZIE:

1. Joanna Kurzał przewodniczący Zespołu.....
2. Katarzyna Bartkowiak wiceprzewodniczący Zespołu.....
3. Izabela Cerak protokolant.....
4. Joanna Białousz protokolant.....
5. Katarzyna Kata członek Zespołu.....
6. Izabela Nazarko-Błach członek Zespołu.....
7. Agata Toma członek Zespołu.....
8. Marzena Łoboda członek Zespołu.....
9. Aleksandra Respondek członek Zespołu.....
10. Sylwia Łukasik członek Zespołu.....
11. Barbara Rabczak członek Zespołu.....

12. Sylwia Adamus członek Zespołu.....
13. Aleksandra Rabstein członek Zespołu.....
14. Ewa Chitti członek Zespołu.....
15. Małgorzata Turlewicz członek Zespołu.....

.....
Podpis elektroniczny dyrektora OW NFZ

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z ww. praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/