

## Beiðni heilbrigðisstofnunar/ rekstraraðila um að tengjast prófunargrunni Sjúkratrygginga

|                                              |              |                 |
|----------------------------------------------|--------------|-----------------|
| 1. Nafn heilbrigðisstofnunar / rekstraraðila |              | 2. Kennitala    |
| 3. Heimilisfang                              | 4. Póstnúmer | 5. Sveitarfélag |

6. Vinsamlegast tilgreinið vefþjónustur\* sem óskað er eftir að tenging taki til

\* Til að fá frekari upplýsingar um vefþjónustur Sjúkratrygginga er hægt að senda fyrirspurn á [hjalp@sjukra.is](mailto:hjalp@sjukra.is)

7. Vinsamlegast tilgreinið þau verkefni sem vinnslan snýr að, það er útskýrið tilgang vinnslunnar

8. Vinsamlegast tilgreinið vinnsluheimildir heilbrigðisstofnunarinnar / rekstraraðila til að fá aðgang að umræddum upplýsingum, skv. 9. og 11. gr. laga nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga\*

\***Athugið.** Ef vinnsluheimild byggir á lagaskyldu, skv. 3. tl. 9. gr. laganna er óskað eftir að lagaákvæði séu tilgreind sérstaklega, þ.e. laga um heilbrigðisþjónustu eða ákvæði annarra laga sem lagaskyldan byggir á

9. Vinsamlegast tilgreinið tímabil aðgangs:

Frá dags.            til dags.

10. Vinsamlegast tilgreinið nafn og kt. fyrirtækis sem mun sjá um uppsetningu og prófun á vefþjónustu fyrir heilbrigðisstofnun / rekstraraðila (vinnsluaðila)\*

\* Aðeins þarf að skrá upplýsingar ef vinnslan er í höndum annarra en starfsmanna heilbrigðisstofnunar / rekstraraðila

Með umsókninni þarf að fylgja með **afrit af vinnslusamningi** milli heilbrigðisstofnunar / rekstraraðila við fyrirtækið sem er tilgreint í lið 10, sem tekur til vinnslunnar, sbr. 25. gr. laga nr. 90/2018 um Persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga. Ef slíkur vinnslusamningur er ekki fyrir hendi þá er óskað eftir útskýringu á því.

Vinsamlegast tilgreinið þann sem á að fá aðgangsupplýsingar að vefþjónustunni. Viðkomandi mun fá sent lykilorð í GSM símanúmer og verður skráður sem tengiliður vegna aðgangsveitingarinnar.

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| 11. Nafn og kt. | 12. Starfsheiti, fyrirtæki/stofnun |
| 13. Netfang     | 14. GSM númer                      |

|                        |                                                                                           |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Staður, dagsetning | 16. Undirskrift og kennitala ábyrgðarmanns vinnslu (heilbrigðisstofnunar / rekstraraðila) |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|