

**Formularz zgłaszania uwag do
analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
i analiz wnioskodawcy¹**

Formularz zgłaszania uwag do analizy weryfikacyjnej AOTMiT:	
Numer:	OT.4131.7.2026
Tytuł:	Wniosek o objęcie refundacją produktu leczniczego Yorvipath (palopegteriparatidum) we wskazaniu: Leczenie pacjentów z niedoczynnością przytarczyc (ICD-10: E20.0, E20.8, E20.9, E89.2)

Uwagi (pkt 2) wraz z wypełnioną i własnoręcznie podpisaną Deklaracją o Powiązaniach Branżowych (pkt 1) należy złożyć osobiście w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa, bądź przesłać na adres siedziby Agencji za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1640). Dopuszczalne jest również przesłanie uwag wraz z wypełnioną i podpisaną kwalifikowanym podpisem elektronicznym Deklaracją o Powiązaniach Branżowych za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej, o której mowa w art. 16 ust. 1a ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, 1123, 1234 i 1703).

Uwagi można zgłaszać w terminie 7 dni od dnia opublikowania analiz w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). Uwagi dostarczone do siedziby AOTMiT po upływie tego terminu nie będą rozpatrywane.

UWAGA! Zgłoszone uwagi i Deklaracja o Powiązaniach Branżowych będą publikowane w BIP AOTMiT².

- 1. Część I -Deklaracja o Powiązaniach Branżowych (DPB)³** – do wypełnienia w przypadku uwag do analizy weryfikacyjnej

¹ zgodnie z art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

² zgodnie z art. 31s ust. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146)

DEKLARACJA O POWIĄZANIACH BRANŻOWYCH

A. Dane osoby składającej deklarację oraz osób z nią związanych

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL osoby składającej deklarację, a w przypadku, gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – data i miejsce jej urodzenia oraz obywatelstwo:

Marek Krzysztof Dedecjus

2. Imię (imiona) i nazwisko małżonki/mężonka osoby składającej deklarację:

3. Imię (imiona) i nazwisko wstępnego/wstępnych w linii prostej osoby składającej deklarację:

4. Imię (imiona) i nazwisko zstępnego/zstępnych w linii prostej osoby składającej deklarację:

5. Imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL osób, z którymi osoba składająca deklarację pozostaje we wspólnym pożyciu, a jeżeli nie posiadają numeru PESEL – daty i miejsca ich urodzenia oraz obywatelstwo:

B. Powód złożenia i wskazanie okresu, za jaki jest składana deklaracja o powiązaniach branżowych (zaznaczyć właściwe)

- ☐ kandydat na członka Rady Przejrzystości za okres 3 lat poprzedzających dzień złożenia deklaracji; przed powołaniem do składu Rady Przejrzystości;

- ☐ członek Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem Rady Przejrzystości za okres od dnia złożenia ostatniej deklaracji, w tym jako kandydata na członka Rady Przejrzystości, do dnia poprzedzającego posiedzenie Rady Przejrzystości, w którym bierze udział;
- ☐ osoba, o której mowa w art. 31s ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), zwanej dalej „ustawą”, za okres jednego roku poprzedzającego dzień przyjęcia zlecenia;
- ☐ osoba, o której mowa w art. 31s ust. 15 ustawy, za okres jednego roku poprzedzającego dzień posiedzenia Rady Przejrzystości;
- ☒ osoba, o której mowa w art. 31s ust. 23 ustawy, za okres jednego roku poprzedzającego dzień zgłoszenia uwag.

C. Oświadczenie (zaznaczyć właściwe)

Oświadczam, że w stosunku do mnie, mojego małżonka/mojej małżonki, mojego zstępnego, wstępnego w linii prostej oraz osoby/osób, z którymi pozostaję we wspólnym pożyciu:

☒ nie zachodzą okoliczności określone w art. 31s ust. 8 ustawy;

☐ zachodzą okoliczności określone w art. 31s ust. 8 ustawy, tj.:

- ☐ 1) pełnienie funkcji członka organów spółki handlowej lub przedstawiciela przedsiębiorcy prowadzących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym;
- ☐ 2) pełnienie funkcji członka organu spółki handlowej lub przedstawiciela przedsiębiorcy prowadzących działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług prawnych, marketingowych lub doradczych związanych z wytwarzaniem, obrotem lub refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego;
- ☐ 3) pełnienie funkcji członka organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
- ☐ 4) posiadanie akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2, oraz udziałów w spółdzielniach prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;



- ☐ 5) prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 2;
- ☐ 6) wykonywanie zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z podmiotami, o których mowa w pkt 1–3, przy jednoczesnym braku złożenia oświadczenia o wykonywaniu zajęć zarobkowych na rzecz określonych podmiotów oraz braku wskazania ich zakresu.

W przypadku:

- 1) zaznaczenia, że nie zachodzą okoliczności określone w art. 31s ust. 8 ustawy, oraz
- 2) wykonywania przez osobę albo osoby wskazane w deklaracji zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z podmiotami, o których mowa w art. 31s ust. 8 pkt 1–3 ustawy

– należy poniżej złożyć oświadczenie o wykonywaniu zajęć zarobkowych na rzecz określonych podmiotów i wskazać ich zakres.

Uczestniczyłem w radzie doradczej w dniu 18 marca 2025, organizowanej przez firmę Sympomed, prowadzonej na rzecz Er-Kim], dotyczącym strategii refundacyjnej dla leku Yorvipath, za co otrzymałem wynagrodzenie.

W przypadku zaznaczenia przez osoby inne niż kandydaci na członków Rady Przejrzystości i członkowie Rady Przejrzystości, że zachodzą okoliczności określone w art. 31s ust. 8 ustawy, należy poniżej opisać powiązania branżowe, w szczególności przez wskazanie podmiotu, z którym istnieje powiązanie branżowe, osoby wskazanej w deklaracji, której dotyczy powiązanie branżowe, zakresu występującego powiązania branżowego.

Nie dotyczy.....

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

10.09.2026 Włocławek

(data i miejscowość złożenia deklaracji)

Marek Dedecjus

Kliniki Endokrynologii i Medycyny Nuklearnej
KIERDIA
(podpis osoby składającej deklarację)
prof. dr hab. n. med. Marek Dedecjus

MZ

2. Część II – Uwagi

1) Uwagi ogólne do analizy weryfikacyjnej AOTMiT

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
Uwagi ogólne AWA, w szczegółowości s. 9–12 i 47–50	Analiza Weryfikacyjna w sposób rzetelny wskazuje ograniczenia dowodów klinicznych i ekonomicznych, jednak w mojej ocenie przy interpretacji wyników należy mocniej uwzględnić specyfikę przewlekłej niedoczynności przytarczyc oraz charakter ocenianej technologii jako terapii zastępczej brakującego hormonu, a nie kolejnej modyfikacji leczenia objawowego. 1) W populacji objętej wnioskiem terapia konwencjonalna (wapń i aktywne metabolity witaminy D) nie zapewnia wystarczającej kontroli choroby. 2) W Polsce nie ma refundowanej alternatywnej terapii zastępczej PTH. Z perspektywy praktyki klinicznej jest to istotna niezaspokojona potrzeba, dotycząca niewielkiej, ściśle wyselekcjonowanej grupy chorych z utrzymującymi się objawami, zaburzeniami biochemicznymi, powikłaniami nerkowymi albo koniecznością stosowania wysokich dawek leczenia konwencjonalnego. 3) Jest to zgodne z przywołanym w AWA stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego z 2026 r., zgodnie z którym terapię PTH należy rozważać u chorych, u których leczenie konwencjonalne nie zapewnia dostatecznej kontroli lub wiąże się z istotnymi działaniami niepożądanymi. Istotne jest również, że sama AWA wskazuje na trzy pozytywne rekomendacje refundacyjne (HAS, G-BA oraz wstępną rekomendację CDA-AMC). Rekomendacje negatywne PBAC i projekt NICE koncentrują się przede wszystkim na niepewności ekonomicznej i wysokim koszcie terapii, a nie na braku skuteczności klinicznej.
Wniosek ogólny	W mojej ocenie istnieją wystarczające przesłanki kliniczne do objęcia palopegteryparatydu refundacją w ściśle zdefiniowanej populacji dorosłych chorych z przewlekłą niedoczynnością przytarczyc niewystarczająco kontrolowaną leczeniem konwencjonalnym. Niepewność dotycząca odległych punktów końcowych i kosztów powinna być zarządzana poprzez precyzyjne kryteria kwalifikacji, obowiązkową ocenę odpowiedzi na leczenie, kryteria przerwania terapii, rejestr programu oraz odpowiedni instrument dzielenia ryzyka, a nie prowadzić do pozbawienia dostępu chorych, u których standardowe postępowanie jest niewystarczające.

* Umożliwiający identyfikację fragmentu analizy, do którego odnoszą się wniesione uwagi; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

2) Uwagi do analiz wnioskodawcy

a. Uwagi do analizy klinicznej

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
Rozdz. 4.2.1 AWA s. 20–25	W analizie subpopulacji najbardziej odpowiadającej wnioskowanemu wskazaniu, tj. pacjentów z chorobą niewystarczająco kontrolowaną terapią konwencjonalną, efekt kliniczny jest bardzo duży i bardzo dobry: złożony pierwszorzędowy punkt końcowy w 26. tygodniu osiągnęło 76,5% pacjentów leczonych palopegteryparatydem i 0% w grupie placebo (NNT=2). Niezależność od aktywnej witaminy D uzyskało 98% chorych, niezależność od terapeutycznych dawek wapnia 92,2%, a prawidłowe stężenie wapnia w surowicy 78,4% wobec 50% w grupie placebo. W mojej ocenie wielkość i spójność tego efektu ma szczególne znaczenie kliniczne. Ograniczenie wynikające z charakteru analizy post hoc powinno być jasno wskazane, ale nie powinno przesłaniać faktu, że rezultat dotyczy właśnie populacji, dla której rozważa się finansowanie leczenia. Różnica pomiędzy progami 'wysokich dawek' terapii konwencjonalnej stosowanymi w analizie post hoc a progami przyjętymi w programie lekowym dotyczy jednego z kilku

	możliwych kryteriów niewystarczającej kontroli choroby. Pacjenci mogli spełniać kryteria subpopulacji także z powodu ciężkich objawów, korzystania z pomocy doraźnej/hospitalizacji, obniżonej jakości życia lub powikłań nerkowych. Dlatego sama różnica progów dawkowania nie powinna być interpretowana jako zasadniczy brak reprezentatywności całej analizowanej subpopulacji dla programu.
Rozdz. 4.1–4.2 AWA s. 19–29; Uzupełnienie danych klinicznych	Dane długoterminowe wzmacniają wiarygodność trwałości efektu. W fazie otwartej PaTHway w 52. tygodniu odpowiedź utrzymywała się u ok. 81% chorych; w 104. tygodniu 97% było niezależnych od terapeutycznych dawek wapnia, a w 156. tygodniu 96% od aktywnej witaminy D i terapeutycznych dawek wapnia. W uzupełnieniu przedstawiono także dane PaTH Forward do 214. tygodnia: 93% pacjentów pozostawało niezależnych od leczenia konwencjonalnego, a 98% utrzymywało prawidłowe skorygowane stężenie wapnia. Należy zachować ostrożność w przypisywaniu leczeniu udowodnionej redukcji odległych powikłań (CKD, kamica, nefrokalcynoz, złamania czy śmiertelność), ponieważ takich twardych danych porównawczych jeszcze nie ma. Jednocześnie brak możliwości wykazania tych punktów końcowych w krótkiej fazie kontrolowanej nie powinien deprecjonować udowodnionej poprawy kontroli biochemicznej, zmniejszenia obciążenia terapią i poprawy części wyników raportowanych przez pacjentów. W podskalach HPES w populacji niewystarczająco kontrolowanej wykazano znamienne poprawę w domenach życia codziennego, funkcjonowania fizycznego oraz objawów fizycznych i poznawczych. Zastrzeżenie dotyczące możliwego funkcjonalnego odślepiania jest zasadne dla punktów raportowanych przez pacjentów, ale nie dotyczy obiektywnych punktów takich jak stężenie wapnia, zapotrzebowanie na wapń/aktywną witaminę D czy parametry nerkowe. Profil bezpieczeństwa należy uznać za akceptowalny przy odpowiednim monitorowaniu. Większość zdarzeń niepożądanych była łagodna lub umiarkowana; najczęstsze dotyczyły reakcji w miejscu podania, bólu głowy i zaburzeń gospodarki wapniowej. Potencjalny sygnał nadwrażliwości wskazany przez FDA nie został potwierdzony jako związek przyczynowy i nie skutkował zmianą informacji regulacyjnych.

* Umożliwiający identyfikację fragmentu analizy, do którego odnosi się uwaga; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

b. Uwagi do analizy ekonomicznej

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
Rozdz. 5.2–5.3 AWA s. 37–41	Nie kwestionuję wniosku AWA, że przy przedstawionej cenie oszacowany ICUR przekracza próg opłacalności przyjęty w analizie. Jednocześnie warto podkreślić, że model wskazuje na istotny dodatkowy efekt zdrowotny (+1,834 QALY), a głównym problemem decyzyjnym jest relacja ceny do efektu, a nie brak korzyści klinicznej. Niepewność modelu wynika m.in. z wykorzystania niepublikowanych danych post hoc i danych CPRD z Wielkiej Brytanii. Jest to istotne ograniczenie, lecz w chorobie rzadkiej dostępność wysokiej jakości długoterminowych danych porównawczych jest z natury ograniczona. Co istotne, Agencja zweryfikowała poprawność strukturalną modelu i nie stwierdziła błędów wpływających na wiarygodność przedstawionych wyników ani potrzeby wykonywania własnych obliczeń. W ocenie ekonomicznej należy również pamiętać, że część potencjalnych korzyści ważnych dla pacjentów — mniejsze obciążenie wielokrotną suplementacją, stabilniejsza kontrola choroby, ograniczenie konieczności interwencji związanych z wahaniami wapnia oraz poprawa funkcjonowania — jest trudna do pełnego uchwycenia w modelu opartym na ograniczonych danych długoterminowych.
Rozdz. 5.3.1 i 7 AWA s. 40–46	Najbardziej racjonalnym sposobem ograniczenia niepewności ekonomicznej jest powiązanie finansowania z rzeczywistą odpowiedzią na leczenie. Zasadne byłoby wprowadzenie jednoznacznego kryterium oceny skuteczności po okresie stabilizacji dawki (np. około 26. tygodnia) i przerwania refundowanej terapii w przypadku braku klinicznie istotnej odpowiedzi. Pozwalałoby to ograniczyć ryzyko płatnika bez rezygnowania z dostępu do skutecznej terapii zastępczej dla niewielkiej grupy pacjentów o największej niezaspokojonej potrzebie.

* Umożliwiający identyfikację fragmentu analizy, do którego odnosi się uwaga; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

c. Uwagi do analizy wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
Rozdz. 6.3.1 AWA s. 44–45	Stwierdzenie o możliwości nawet kilkukrotnego niedoszacowania populacji docelowej należy interpretować ostrożnie. 1) Dane CeZ dotyczą osób z kodami ICD-10 E20.0, E20.8, E20.9 lub E89.2 i nie identyfikują automatycznie populacji spełniającej kryteria programu lekowego. Obejmują one wszystkich pacjentów z takim rozpoznaniem, bez informacji o trwałości choroby, okresie od operacji, optymalizacji terapii konwencjonalnej ani spełnianiu szczegółowych kryteriów niewystarczającej kontroli. 2) Proste zastosowanie odsetka 10–15% chorych z niewystarczającą kontrolą do całej populacji kodowanej w CeZ może więc zawyżać liczbę pacjentów rzeczywiście kwalifikujących się do programu. W praktyce konieczny jest wieloetapowy 'lejek': rozpoznanie przewlekłej niedoczynności przytarczyc → udokumentowana nieskuteczność zoptymalizowanej terapii konwencjonalnej → spełnienie co najmniej jednego obiektywnego kryterium szczegółowego → brak przeciwwskazań → decyzja o rozpoczęciu terapii. Dodatkowo finalny program zawęża kwalifikację pooperacyjną do co najmniej 12 miesięcy od zabiegu i nie pozwala kwalifikować chorego wyłącznie na podstawie jakości życia. Te elementy dodatkowo ograniczają liczebność populacji w stosunku do surowych danych opartych na kodach rozpoznania.
Rozdz. 6.1–6.3 AWA s. 42–45	W analizie wpływu na budżet przyjęto 100% udział palopegteryparatydu w populacji docelowej. W rzeczywistej praktyce wdrażanie terapii w chorobie rzadkiej, wymagającej kwalifikacji i monitorowania specjalistycznego, najprawdopodobniej będzie stopniowe. Założenie 100% udziału w rynku należy więc traktować jako rozwiązanie konserwatywne z punktu widzenia ryzyka budżetowego. Ryzyko niepewności liczebności populacji można dodatkowo skutecznie kontrolować poprzez centralny rejestr programu, okresową weryfikację liczby leczonych chorych i limit wydatków w RSS. Takie rozwiązanie wydaje się bardziej adekwatne niż przyjmowanie, że szeroka populacja identyfikowana wyłącznie kodami ICD-10 odpowiada populacji rzeczywiście kwalifikowanej do refundacji.

* Umożliwiający identyfikację fragmentu analizy, do którego odnosi się uwaga; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych zawartych w DPB

Zgodnie z art. 13 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 Z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UEL 74 z 04.03.2021, str. 35) (dalej: „RODO”), przedstawiam, następujące informacje:

- 1) administratorem danych osobowych jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przeskok 2 (kod pocztowy: 00-032), działająca na podstawie art. 31 m ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), identyfikowana Numerem Identyfikacji Podatkowej (NIP): 5252347183 i Numerem Rejestru Jednostek Gospodarki Narodowej (REGON):140278400, adres e-mail: sekretariat@aotm.gov.pl, tel. 22 101 46 00;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani /Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt 1 lub drogą mailową iod@aotm.gov.pl;
- 3) cel przetwarzania danych osobowych jest związany z weryfikacją występowania lub braku występowania konfliktu interesów osoby składającej DPB;
- 4) informujemy, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem, gdyż spełniony jest warunek legalności przetwarzania określony w art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. niezbędności wypełnienia obowiązku prawnego wynikającego z art. 31s ust. 8, 8a, 8c, 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146);
- 5) informujemy, iż podanie przez Panią/Pana danych osobowych związane jest wymogiem ustawowym wynikającym z art. 31s ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146);
- 6) informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzamy w oparciu o przepisy prawa. Podanie danych wymaganych przepisami prawa jest niezbędne do dokonania weryfikacji występowania lub braku występowania powiązania branżowego osoby składającej DPB. W przypadku osób składających DPB przy zgłaszaniu uwag do upublicznionej analizy weryfikacyjnej Agencji, brak podania danych będzie skutkował nieopublikowaniem tych uwag w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji;
- 7) informujemy, iż przy przetwarzaniu Pani/Pana Administrator nie powołuje się na prawnie uzasadniony interes, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
- 8) informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy. W przypadku danych osobowych zawartych w DPB, składanej przy zgłaszaniu uwag do upublicznionej analizy weryfikacyjnej Agencji, będą one upubliczniane w Biuletynie Informacji Publicznej

Agencji (art. 31s ust. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146);

- 9) informujemy, iż posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania;
- 10) informujemy, iż nie przysługuje Pani/Panu w związku z art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO prawo do usunięcia danych osobowych, prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO, na podstawie art. 21 RODO prawo do sprzeciwu, wobec przetwarzanych danych osobowych, gdyż podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 31s ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146);
- 11) informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do przeprowadzenia weryfikacji występowania lub braku powiązania branżowego, a następnie przez czas wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt;
- 12) Informujemy, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO;
- 13) informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 14) informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

