

.....
Imię i nazwisko

Elbląg dnia

.....
Adres zamieszkania

PESEL

Telefon:

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a/, legitymujący/a/ się dowodem osobistym nr.....
zwracam się z prośbą udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w zakresie
wglądu* / wydanie kopii dokumentacji medycznej* dotyczącej mojego leczenia w Szpitalu Miejskim
św. Jana Pawła II w Elblągu

- w oddziale*, w okresie

lub

- poradni specjalistycznej*, w okresie

i upoważniam

pana/panią /imię i nazwisko/

legitymującego/cej/ się dowodem osobistym nr.....

* właściwe zaznaczyć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu z siedzibą przy ulicy Komeńskiego 35 w Elblągu do realizacji procesu udostępnienia dokumentacji medycznej, podanie danych osobowych jest dobrowolne i świadome a podstawą jest moja zgoda, jestem świadomy moich praw wynikających z rozporządzenia PE i UE z dnia 28 kwietnia 2016 roku.

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)

Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu z siedzibą przy ul. Komeńskiego 35; tel. 55-239-44-02 adres mail: sekretariat@szpitalmiejski.elblag.pl , przysługuje Pani/ Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego *Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*.