

Zduńska Wola, dnia

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Dane upoważniającego (pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta):

1. Imię i nazwisko -

.....

2. PESEL -

.....

2. Oświadczenie upoważniającego:

Ja niżej podpisany, upoważniam:

Imię i nazwisko -

.....

PESEL -

.....

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

.....

.....

(imię i nazwisko oraz PESEL)

3. Oświadczenia upoważnionego:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. a RODO * w zakresie imienia i nazwiska oraz numeru PESEL, w celu odbioru w/w dokumentacji.

.....

Ja niżej podpisany oświadczam, że zostały mi przekazane informacje wynikające z art. 13 RODO*

.....

4. Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej został złożony w podmiocie leczniczym w dniu

* rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(data i podpis upoważniającego)