

	109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie		
	PW-51-00-F02	Strona	Wydanie
	UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	1 z 1	V

1. Miejscowość, data

.....

2. Imię i nazwisko pacjenta

.....

3. Adres zamieszkania

.....

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Ja niżej podpisany upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioski w dniu

Pana (-ią)

PESEL

W przypadku braku nr PESEL nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.

.....

.....

(Data i czytelny podpis pacjenta)

.....

(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin. Inspektor Ochrony Danych Osobowych dostępny jest pod adresem email: iodo@109szpital.pl lub telefonem nr 261 455 573. Dane przetwarzane są na podstawie art.6 ust.1 lit.c) oraz art.9 ust.2 lit.h) Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. Dalsze informacje dot. przetwarzania danych osobowych, w tym Pani/Pana prawa, podane są na stronie internetowej www.109szpital.pl w zakładce RODO oraz tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń

Niniejszy dokument jest własnością 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie, wszelkie prawa zastrzeżone. Zabrania się kopiowania i rozpowszechniania dokumentu bez zgody Komendanta Szpitala.