


| | | | |
|---|---|---------------|----------------|
|  | 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie | | |
| | PW-51-00-F03 | Strona | Wydanie |
| | POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | 1 z 1 | V |

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis, wydruku) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem)* w wysokości

zł;

.....

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej)

(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

*** - niepotrzebne skreślić**

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