

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

**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 wnioszek 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](mailto:iodo@109szpital.pl) lub telefonem nr 91 810 59 40. 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](http://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.