

UPOWAŻNIENIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwiskoPESEL.....

Adres:.....

1

UPOWAŻNIAM do uzyskania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę/ organizację:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres:.....

Numer tel.:.....

Nazwa:

Adres:

NIE UPOWAŻNIAM nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej

2

UPOWAŻNIAM do informowania o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej osobę/ organizację:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres:.....

Numer tel.:.....

Nazwa:

Adres:

NIE UPOWAŻNIAM nikogo do informowania o Moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych

.....

Data i podpis

Informuję, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Eskulap Sp. z o.o. Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 1 lit. i ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r., dalej RODO w celu wyłącznie udostępnienia dokumentacji. Administrator nie udostępnia danych, ani nie przekazuje danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Dane osobowe będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego wyżej celu.