

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Ja, niżej podpisana/y:**DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL: (w przypadku braku PESEL - data urodzenia)

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

upoważniam Panią/Pana:

Imię i nazwisko:

PESEL (lub data urodzenia):

Rodzaj dokumentu tożsamości:

Seria i numer: Data ważności

Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny

do odbioru dokumentacji medycznej* mojej/ mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której
jestem przedstawicielem ustawowym/

* Imiona i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

* Nr PESEL dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej (dla noworodka, którego matka ma nadany numer PESEL – numer PESEL
matki)* W przypadku dzieci/osób ubezwłasnowolnionych, które nie mają nadanego numeru PESEL (oraz noworodków, których
matki nie mają nadanego numeru PESEL) – data urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości:

Seria i numer:

Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

Rodzaj dokumentacji medycznej, okres leczenia (zakres dat od ... do ...):.....
.....
.....
.....
.....**prowadzonej w DOZAMEL Sp. z o.o., ul. Fabryczna 10, 53-232 Wrocław,
Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy "DOZAMEL", ul. Kościuszki 20, 78-100 Kołobrzeg**

** wypełnić jeśli dotyczy oraz zakreślić właściwe

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu jest DOZAMEL Sp. z o.o., ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław, tel. 71 35 65 701, email: sekretariat@dozamel.pl. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się inspektorem ochrony danych (IOD) za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email: iod@dozamel.pl lub pisemnie na adres pocztowy administratora z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.

Podanie danych osobowych w niniejszym formularzu jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do udostępnienia dokumentacji medycznej. Dane osobowe będą przetwarzane w celu weryfikacji tożsamości Pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej podczas udzielania informacji lub udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, uzyskania ich kopii, sprostowania (poprawiania) danych, ograniczenia przetwarzania danych.

Nie przysługuje Pani/Panu prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia i usunięcia danych z uwagi, że wniosek zgodnie z prawem stanowi element dokumentacji medycznej.

Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa krajowego, w tym RODO, w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dla Pacjenta o przetwarzaniu danych osobowych jest dostępna w recepcji Ośrodka oraz pod adresem www.ow.kolobrzeg.pl w zakładce: Regulaminy. Jeżeli życzy sobie Pani/Pan otrzymać pełną treść klauzuli informacyjnej w formie wydruku lub wiadomości email, prosimy o kontakt z recepcją Ośrodka.

.....
miejsowość, data

.....
(czytelny podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

.....
data i czytelny podpis pracownika przyjmującego upoważnienie