

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia

w tutejszym Zakładzie.....

imię i nazwisko pacjenta

.....

adres zamieszkania (adres do korespondencji)

.....

miejsce urodzenia, PESEL, nr i seria dowodu osobistego

w formie kopii, w ilości.....

(proszę wpisać ilość stron)

.....

czytelny podpis uprawnionego

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej w formie.....

.....

w ilości

(proszę wpisać ilość stron)

.....

(czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

Podpisanie niniejszego wniosku jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych, dla jego realizacji przez WCPD.
ROZPORZĄDZENIE Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).