

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- WNIOSKOWANE DOKUMENTY.....
- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 929 ze zmianami):

- moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usług przedmiotowego wniosku i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji wniosku (zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych - (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zmianami) oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną poniżej.

.....
podpis
wnioskodawcy

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Składnica Dokumentów Novis- Trade sp. z o.o. informuje, że:

- 1) Administratorem danych osobowych jest: **Składnica Dokumentów Novis- Trade sp. z o.o.** z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Szajnochy 9A
- 2) Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji Pana/Pani wniosku lub zapytania.
- 3) Dane nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
- 4) Dane osobowe mogą zostać przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej na podstawie prawnie wiążącego i egzekwowalnego instrumentu między organami lub podmiotami publicznymi.
- 5) Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie:
 - a) przez okres niezbędny do realizacji celów, do których dane osobowe zostały zebrane lub do których są przetwarzane;
 - b) w zakresie niezbędnym do zapewnienia zgodności z obowiązującym wymogiem prawnym;
 - c) w zakresie w jakim jest to wskazane w świetle obowiązujących przepisów o archiwizacji.
- 6) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia.
- 7) Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r
- 8) Podanie danych jest niezbędne do realizacji zapytania lub przeprowadzenia kwerendy archiwalnej. Niepodanie danych powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania.
- 9) Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację