

**Upoważnienie jednorazowe
do odbioru dokumentacji medycznej**

.....
(miejscowość, data)

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

adres wnioskodawcy

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

Adres poczty elektronicznej*.....

2. Ja niżej podpisany, legitymujący (-a) się dowodem osobistym Seria

Nr upoważniam do odbioru mojej dokumentacji, o której
udostępnienie złożyłem(-łam) wniosek w dniu Pana (-ią):

.....

legitymującego(-ą) się dowodem osobistym Seria Nr

DANE OSOBOWE – KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informuję:

Administratorem danych osobowych zawartych w przekazanych przez Pana/Panią dokumentach aplikacyjnych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku z siedzibą przy

ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek.

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Włocławku został powołany Inspektor ochrony danych z którym można się skontaktować pod adresem mail: iod@pssewloclawek.pl.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

podpis złożony w obecności pracownika PSSE we Włocławku

.....
(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

*niepotrzebne skreślić