Formularz nr PO-SBM-03/F01 z dnia 1.09.2023 r.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Iławie
Laboratorium Badań Środowiskowych
i Epidemiologiczno-Klinicznych
14-200 Iława, ul. Sienkiewicza 10

WNIOSEK

Proszę o udostępnienie kopii sprawozdań z badań mikrobiologicznych.

Imię i nazwisko……...

Adres zamieszkania…….

Data urodzenia | | | | | | | | |

Pesel: | | | | | | | | | | | |

Płeć: **K** **M**

Klauzula informacyjna

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Iławie z siedzibą w Iławie przy ul. Sienkiewicza 10, zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, z administratorem można skontaktować się pod adresem korespondencyjnym: Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Iławie, ul. Sienkiewicza 10, 14-200 Iława, pod adresem poczty elektronicznej: psse.ilawa@sanepid.gov.pl
2) Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: ioo.psse.ilawa@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt. 1,
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania odpisu dokumentacji medycznej,
4) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest udostępnienie dokumentacji medycznej oraz właściwe przepisy prawne regulujące uprawnienia i obowiązki Inspekcji Sanitarnej (Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. O Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020 poz.849) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz.666)
5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
6) posiada Pani/Pan prawo do:

- ✓ *żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,*
- ✓ *wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,*
- ✓ *przenoszenia danych,*
- ✓ *wniesienia skargi do organu nadzorczego,*
- ✓ *cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.*

7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat.
9) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Unii Europejskiej.

…… ……..
Podpis pracownika LBŚIEK wydającego kopię dokumentacji medycznej — Podpis wnioskodawcy

……. ……..…
Data udostępnienia dokumentacji — Kwituję odbiór dokumentacji