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 ….................................................

Podane powyżej dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). Jednocześnie informujemy,   
że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku PSSE we Włocławku,   
ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek, Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, Pana Przemysława Marona z którym może Pani/Pan się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod.psse.wloclawek@sanepid.gov.pl, lub pisemnie na wyżej podany adres. Pani/Pana dane będą przetwarzane do celów wydania dokumentacji medycznej.

….......................................................................

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

podpis złożony w obecności pracownika PSSE we Włocławku

.…..……………………………

(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

\*niepotrzebne skreślić