



## Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej

### Informacja dla Pacjenta

Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej wystawia osobiście Pacjent.

....., dnia .....

#### I Dane Pacjenta

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. PESEL .....

3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....

.....

#### II Upoważniam do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej następującą osobę:

.....

.....

.....

*(proszę podać imię i nazwisko oraz nazwę i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)*

.....

*(czytelny podpis Pacjenta)*

### Klauzula informacyjna

#### dotycząca przetwarzania danych osobowych osób upoważniających oraz upoważnionych do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej: RODO)* informuję, iż:

- 1. Administratorem** Państwa danych osobowych Olmedica w Olecku Sp. z o.o., ul. Gołdapska 1, 19 – 400 Olecko, reprezentowana przez Dyrektora.
- 2. Administrator** wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych**, który sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: iodo@olmedica.pl, tel. 517-109-217.
- 3. Uzyskamy** od Państwa następujące dane w postaci: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, numer PESEL, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
- 4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu** udostępnienia dokumentacji medycznej wskazanej osobie w związku ze złożonym wnioskiem na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO oraz w związku z zapisami *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* oraz zapisami *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, a także przepisami *Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych*.
- 6. Państwa dane osobowe** Administrator może udostępniać upoważnianemu personelowi szpitala, osobom odbywającym staże i praktyki, podmiotom, z którymi szpital posiada umowy na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych oraz organom państwowym.
- 7. Posiadają Państwo prawo** dostępu do swoich danych osobowych, do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu, wycofania zgody na ich przetwarzanie, złożenia skargi do UODO w Warszawie.
- 8.** Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości rozpoznania wniosku i udostępnienia dokumentacji medycznej.
- 9.** Państwa dane osobowe **nie będą przekazywane** do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 10.** Państwa dane osobowe **nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez Państwa wyraźnej zgody** oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.