

**Upoważnienie jednorazowe
do odbioru dokumentacji medycznej**

.....
(miejsowość, 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 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust. 1 ww. ustawy informujemy, że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku – Dyrektor PSSE we Włocławku, ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek. Pani/Pana dane będą przetwarzane do celów wydania dokumentacji medycznej. Dane zostały podane przez Pacjenta wskazanego w tym upoważnieniu.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ww. zakresie przez PSSE we Włocławku, ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek w celu wydania dokumentacji medycznej. Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że mam prawo żądania informacji o zakresie przetwarzania moich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, uzupełniania, uaktualniania i sprostowania danych, gdy są one niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

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

podpis złożony w obecności pracownika PSSE we Włocławku

.....
(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

*niepotrzebne skreślić