



WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia.....

Dane pacjenta:

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

Nazwisko

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

Imię

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

PESEL

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

Ulica/ nr domu

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

Kod pocztowy, Miejscowość

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr:....., zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z leczenia w:

1. od dnia..... do dnia,
2. od dnia..... do dnia,
3. od dnia..... do dnia,
4.

SP ZOZ w Sejnach.

Za pierwszą kopię dokumentacji nie pobiera się opłaty. Każde kolejne wykonanie kserokopii dokumentów podlega opłacie, wynikającej z pomnożenia liczby skserowanych stron i stawki **0,59 zł**/stronę.

.....

(czytelny podpis)

Potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej:

.....

(Data i czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA – WNIOSKI O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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 - ogólne rozporządzenie o ochronie danych informujemy, iż:

- **Administratorem Pana/Pani danych osobowych** jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, adres: ul. E. Rittlera 2, 16-500 Sejny, reprezentowany przez Dyrektora SP ZOZ w Sejnach – Waldemara Kwaterskiego, tel. 87 517 23 17;
e-mail: w.kwaterski@szpital.sejny.pl
- **Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach** jest Bartosz Wiźlański, tel. 87 517 23 46;
e-mail: b.wizlanski@szpital.sejny.pl
- **Celem przetwarzania danych osobowych jest:**
udostępnienie wnioskowanej dokumentacji medycznej, kontakt w związku ze złożonym wnioskiem o kserokopię dokumentacji medycznej
- **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika w szczególności z:**
 - art. 6 ust 1 pkt c RODO
 - ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- **Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych mogą być** podmioty/organy uprawnione na podstawie przepisów prawa, upoważnieni pracownicy Administratora
- **Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej na podstawie** – nie dotyczy;
- **Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:** zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- **Przysługujące Panu/Pani prawa to m.in.:**
 - prawo dostępu do swoich danych, prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych, a w szczególności prawo do uzyskania informacji czy zbiór istnieje i jakie dane osobowe on zawiera,
 - prawo do sprostowania i uzupełnienia swoich danych,
 - prawo dostępu do informacji o celu, zakresie i sposobie przetwarzania danych,
 - prawo dostępu do informacji od kiedy przetwarza się w zbiorze dane jej dotyczące,
- **ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego** gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- **Podanie Pana/Pani danych osobowych jest wymogiem ustawowym**, niezbędnym do przygotowania i wydania kserokopii dokumentacji medycznej
- **Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji**, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.