

.....
Miejscowość, data

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru kopii dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany/na PESEL
(imię i nazwisko)

upoważniam PESEL
(imię i nazwisko)

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej z Poradni / Oddziału *.....
.....

- mojej
 mojego dziecka

(imię i nazwisko, PESEL)

Upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

* właściwie zaznaczyć

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej

(data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię dokumentacji medycznej)

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 - RODO) informujemy, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

SPZOZ w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NIP: 714-16-32-875, REGON: 431219957

tel.: 81 855-28-07, fax: 81 855-28-76 , adres e-mail: sekretariat@spzoz-lubartow.pl

2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

SP ZOZ w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

tel.: 81 855-28-07 wew. 431

e-mail j.turbakiewicz@spzoz-lubartow.pl

3) Cele przetwarzania osobowych danych

Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

4) Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5) Informacje o odbiorcach danych osobowych

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

6) Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt Szpitala w Lubartowie

7) Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

8) Prawo do wniesienia skargi

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

9) Obowiązek podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

10) Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.