

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Lidzbark Warmiński, dnia roku

1. Dane udzielającego upoważnienia

(pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta):

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

2. Oświadczenie udzielającego upoważnienia:

Ja niżej podpisany/-a, upoważniam Pana / Panią:

Imię i nazwisko

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

3. Oświadczenie udzielającego upoważnienia:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska oraz numeru PESEL, w celu udostępnienia w/w dokumentacji medycznej.

4. Upoważnienia udzielam {poniżej niepotrzebne skreślić}

a. na okres:

b. bezterminowo.

Data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia

Data i czytelny podpis pracownika ZOZLW potwierdzającego złożenie w jego obecności podpisu przez udzielającego upoważnienia

5. Oświadczenie upoważnionego:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, w celu udostępnienia w/w dokumentacji medycznej.

Data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia

Data i czytelny podpis pracownika ZOZLW potwierdzającego złożenie w jego obecności podpisu przez upoważnionego do odbioru dok. med.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim z siedzibą pod adresem: 11-100 Lidzbark Warmiński, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 37.
2. Dane kontaktowe inspektora danych osobowych:
Sobkowski Zbigniew, adres e-mail: oc@zozlw.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 a RODO.
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora, w tym w szczególności serwisantom, dostawcom serwerów oraz oprogramowania, podmiotom, którym przekazywana jest dokumentacja w celu archiwizacji i niszczenia.
5. Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji w celu a po jego zakończeniu przez czas wymagany obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami archiwizacji dokumentów obowiązującymi u Administratora.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia danych o ile nie są one już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane, ograniczenia przetwarzania w uzasadnionych przypadkach, , prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem o ile dane są przetwarzane na podstawie zgody.
8. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jest równocześnie niezbędne do udostępnienia Państwu dokumentacji medycznej.