SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

tel. 32-624-70-00
fax 32-623-94-28
www. szpital-chrzanow.pl

UPOWAŻNIENIE

do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data .....
2. Imię i nazwisko pacjenta .....
3. Adres zamieszkania .....
4. PESEL .....
5. Ja, niżej podpisany/a upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu .....

   Pana (-ią) .....
   legitymującego/ą się Dowodem Osobistym seria ..... nr .....

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2916 r. 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 (dalej RODO) Szpital Przyjmujący – Szpital Powiatowy w Chrzanowie, informuje że:

1. Administratorem danych osobowych osób realizujących umowę jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, 32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16, e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-chrzanow.pl.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzamy w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu udostepnienia dokumentacji medycznej w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Odbiorcami Twoich danych mogą być *(jeśli dotyczy):*
   a) inne podmioty lecznicze, współpracujące z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych;
   b) podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi prawne oraz doradcze;
      dostawcy i serwisanci systemów IT;
   c) podmioty, którym przekazuje się dokumentację medyczną w celu archiwizacji i niszczenia;
   d) organy i inne podmioty, w tym podmioty publiczne, uprawnione do uzyskania Pana/Pani danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, wynikający z aktualnych przepisów prawa.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do żądania sprostowania (poprawiania lub uzupełnienia) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym"), prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku uzasadnionym przepisami prawa.
8. Przysługuje Panu/Pani również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, e-mail: e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl gdy uznają, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej,
10. W stosunku do Pana/Pani nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym decyzje opierające się na profilowaniu.

.....

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy.