

Upoważnienie Pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na.....Pesel.....

Legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer.....seria.....

Upoważniam

Pana/Panią.....Pesel.....

Legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer.....seria.....

Do odbioru dokumentacji medycznej.

.....

(data i podpis pacjenta)

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna treść klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych oraz na stronie internetowej www.szpitalnowysacz.pl