



Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.
26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

upoważniam:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL osoby upoważnionej

Tel. kontaktowy osoby upoważnionej

do odbioru mojej dokumentacji medycznej w postaci (zaznacz właściwe):

☐ kserokopii historii choroby

☐ wyników badań laboratoryjnych

☐ wyników badań diagnostycznych

☐ karty informacyjnej z leczenia szpitalnego

☐ inne (wpisać jakie)

.....

Administratorem Państwa danych osobowych jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o. w Radomiu, ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom. Dane osobowe zawarte w niniejszym upoważnieniu przetwarzane będą w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze na podstawie art. 6 ust 1 lit. c RODO oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej i leczenia, na podstawie art. 9 ust.2 lit. h RODO. Przysługuje Państwu prawo do: dostępu do danych, ich sprostowania, żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, złożenia skargi do Prezesa UODO. We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych mogą Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: iod@wss.com.pl. Z pełną treścią obowiązku informacyjnego mogą się Państwo zapoznać na stronie internetowej Szpitala.

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie