

Bydgoszcz , dn.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
Pesel

Dyrekcja Przychodni
na Szwederowie Sp. z o.o.

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej za okres:

a/ własnej

b /innej osoby

.....
imię i nazwisko , pesel

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
data i podpis dyrektora

kopię sporządził:

.....
data i podpis pracownika

tożsamość osoby odbierającej sprawdził i kopię wydał:

.....
data i podpis pracownika

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji

.....
data i czytelny podpis

Administratorem Państwa danych osobowych jest Przychodnia na Szwederowie Sp. z o. o.

„ul. M. Konopnickiej 26, tel. 52 – 379 – 50 – 81,e – mail rejestracja@naszwederowie.com.pl

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym kontakt jest możliwy poprzez adres e – mail

rejestracja@naszwederowie.com.pl

Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa w związku z przeprowadzeniem badania lub udzieleniem innego świadczenia zdrowotnego na podst.art.6 ust.1 lit. C oraz art.9 ust.2 lit. .C oraz RODO. Szczegółowe informacje znajdując si e na stronie www.naszwederowie.com.pl oraz tablicy informacyjnej.