Rawa Mazowiecka data…………………………………………………

Imię i nazwisko Pacjenta……………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL lub data urodzenia………………………………………………………………………

\*Nr. telefonu………………………………………………….

SPZOZ w Rawie Mazowieckiej

ul. Niepodległości 8

96-200 Rawa Mazowiecka

 Na podstawie ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) (RODO) wnoszę o dostarczenie kopii przetwarzanych przez Państwa moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej sporządzanej w ramach świadczenia medycznego w następujący sposób:

* w formie papierowej przesłanej na adres: ………………………………………………………………………………………
* odbiór osobisty w siedzibie SPZOZ w Rawie Mazowieckiej
* odbiór przez wskazaną/upoważnioną osobę ………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………
 imię i nazwisko nr. dokumentu tożsamości

**RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

* nazwa oddziału/poradni/pracowni:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* okres leczenia: od……………………………… do…………………………………

*Oświadczam, iż;*

1. *posiadam zgodę osoby wskazanej/upoważnionej na przekazanie jej danych osobowych w postaci imienia
i nazwiska oraz nr. dokumentu tożsamości w oraz poinformowałem, że SPZOZ w Rawie Mazowieckiej archiwizuje dane osobowe zawarte na wniosku zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw-Dz.U. 2017 poz. 836 Art.27 punkt 4.*
2. *zobowiązuję się do poniesienia kosztów określonych w/w ustawie oraz kosztów przesyłki pocztowej
(w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).*

*…………………………………………………………*

*podpis wnioskodawcy*

*Zgodnie z nowelizacją ustawy z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pierwszą kopię dokumentacji medycznej Administrator zobowiązany jest przekazać bezpłatnie. Za kolejne wnioskowane kopie, będzie naliczona opłata.*