

Wniosek o dostęp do danych osobowych

Miejscowość, data

.....

Oznaczenie wnioskującego*

.....

.....

.....

Oznaczenie administratora

PRYWATNA PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA I LEKARSKA PRIMADENT

CYGAL HELENA

33-300 Nowy Sącz ul. Nawojowska 29

Na podstawie art.15 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wnoszę o dostarczenie mi przetwarzanych przez Państwa kopii moich danych osobowych.....**

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

🍏 w formie papierowej na adres:

🍏 drogą elektroniczną:

🍏 odbiór osobisty:.....

Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

1. Potwierdzam wydanie dokumentacji

.....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

2. Potwierdzam odbiór dokumentacji

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

*zakres danych powinien pozwolić na jednoznaczną identyfikację pacjenta (np. imię i nazwisko, nr PESEL)

** wskazać zakres danych, np. zakres czasowy