

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię, nazwisko: .....

Pesel: .....

Adres zam.: .....

Nr tel.: .....

**Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Leśnicy-Groniu****WNIOSEK O WYDANIE  
INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIEARCHIWALNEJ  
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA****z PORADNI LEKARZA POZ**Ja, niżej podpisany jako\*: ☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy ☐ Osoba upoważniona

zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie indywidualnej dokumentacji medycznej\*:

☐ mojej własnej,☐ pacjenta: .....  
imię i nazwisko pacjenta, adres zamieszkania, PESEL/data urodzenia (jeśli pacjent nie posiada nr PESEL)**Dokumentację medyczną odbiorę:**☐ osobiście☐ upoważniam .....  
imię i nazwisko, adres, PESEL

Leśnica, dnia .....r.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy**POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór indywidualnej dokumentacji medycznej (oryginału) w dniu .....

.....  
podpis pracownika SP ZOZ.....  
podpis odbierającego

\* właściwe zaznaczyć

## **A. Informacje dotyczące wniosku**

- 1) W celu wydania dokumentacji medycznej niezbędne jest wypełnienie wniosku.
- 2) Wniosek podlega rozpatrzeniu bez zbędnej zwłoki.
- 3) W celu realizacji wniosku, SP ZOZ zastrzega sobie prawo poproszenia wnioskodawcy o złożenie dodatkowych dokumentów, potwierdzających prawo do otrzymania dokumentacji, a także zaproszenia do osobistego zgłoszenia celem identyfikacji wnioskującego.
- 4) Wniosek można złożyć osobiście lub przesać na adres mail: [ksiegowosc.spzozlesnica@interia.pl](mailto:ksiegowosc.spzozlesnica@interia.pl), pocztą na adres: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu 34-406 Leśnica, ul. Szkolna 3.**

## **B. Klauzula informacyjna**

### **ADMINISTRATOREM PAŃSTWA DANYCH jest:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOZ W LEŚNICY-GRONIU,**  
34-406 LEŚNICA, ul. SZKOLNA 3

**KONTAKT Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH:** e-mail: [iod.spzozlesnica@interia.pl](mailto:iod.spzozlesnica@interia.pl),

### **CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:**

Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

### **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna: z art. 6 ust. 1 lit. c RODO) – art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

### **ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**

Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu 34-406 Leśnica, Szkolna 3.

### **PRZECHOWYWANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe wnioskodawców o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia przechowywane są przez okres 5 lat.

### **UPRAWNIENIA Z ART. 15-21 OGÓLNEGO ROZPORZĄDZENIA O OCHRONIE DANYCH**

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

### **PRAWO DO WNIESIENIA SKARGI**

Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

### **PODSTAWA PODANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację wniosku o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

**Administrator nie będzie przetwarzał Państwa danych osobowych przy użyciu zautomatyzowanych narzędzi, w tym poprzez profilowanie.**

## **C. Podstawa prawna**

- 1) Art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020r., poz.849).