

Warszawa, dnia 20 r.

**Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa – Żoliborz
01-637 Warszawa ul. Szajnochy 8
(w skrócie: SPZZLO Warszawa - Żoliborz)**

**Wniosek o wydanie indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do
zniszczenia**

Podstawa prawna: art. 29 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta t.j.
Dz.U. 2017, poz. 1318 z późn. zm.

Wnioskodawca*:

- Pacjent
 Przedstawiciel ustawowy
 Osoba upoważniona

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....

Adres do korespondencji.....

Inne dane do kontaktu (np. mail, telefon) :.....

Dokumentacja medyczna podlegająca wydaniu - dane Pacjenta

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Proponowany sposób odbioru dokumentacji*:

- Odbiór osobisty
 Przesłanie na adres

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

*zaznaczyć właściwe

Informacje dotyczące wniosku:

- 1) Wniosek podlega rozpatrzeniu bez zbędnej zwłoki.
- 2) Wniosek można złożyć osobiście w każdej jednostce Zespołu lub przesłać na adres mail: **kancelaria@spzzlo.pl**, faxem na nr: **22 833 58 82**, pocztą na adres: **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz, 01 – 637 Warszawa, ul. Szajnochy 8**
- 3) W celu realizacji wniosku, SPZZLO Warszawa Żoliborz zastrzega sobie prawo poproszenia wnioskodawcy o złożenie dodatkowych dokumentów, potwierdzających prawo do otrzymania dokumentacji, a także zaproszenia do osobistego zgłoszenia celem identyfikacji wnioskującego.

- 4) W związku z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) – (tzw. RODO), uprzejmie informujemy, że:

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Żoliborz, ul. Szajnochy 8, 01-637 Warszawa nr tel.: 22 833 58 88.

Inspektor ochrony danych jest dostępny pod adresem: e- mail: iod@spzzlo.pl lub tel. 798 117 834, adres: Przychodnia Szajnochy, ul. Szajnochy 8, 01-637 Warszawa.

Cele 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 wynika, w szczególności z:

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.

Informacje o odbiorcach danych osobowych:

odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest SPZZLO Warszawa Żoliborz

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

dane osobowe wnioskodawców o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla SPZZLO Warszawa-Żoliborz.

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.

Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

UWAGA! PONIŻSZE DANE WYPEŁNIA SPZZLO WARSZAWA ŻOLIBORZ

1. DATA PRZYJĘCIA WNIOSKU i DANE PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK:

.....
.....

2. INFORMACJA O SPOSOBIE REALIZACJI WNIOSKU

.....
.....

3. ZAŁĄCZNIKI (wymienić):.....

.....

4. DATA ZAKOŃCZENIA POSTĘPOWANIA W SPRAWIE WNIOSKU

5. DANE I PODPIS PRACOWNIKA REALIZUJĄCEGO WNIOSEK

.....