



Do Dyrekcji MSCZ

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. WNIOSKODAWCA

Imię/imiona: Nazwisko:

Imiona rodziców: Nr telefonu:

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

2. DANE PACJENTA (*należy wpisać dane pacjenta, jeśli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię/imiona: Nazwisko:

Imiona rodziców:

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

** wnioskowana dokumentacja jest wydawana tylko osobom upoważnionym w dokumentacji medycznej przez pacjenta*

3. WNIOSKUJĘ:

A/ O WGLĄD i/lub WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (niepotrzebne skreślić)

.....
.....

B/ O WYDANIE INNEJ DOKUMENTACJI – podać jakiej (np. zaświadczenie o pobycie)

.....

4. CEL UZYSKANIA DOKUMENTACJI (należy zaznaczyć odpowiedni punkt):

* ZUS, KRUS, Sąd * do dalszego leczenia

* inny (podać jaki)

5. ODBIÓR: osobisty / poprzez osobę upoważnioną (niewłaściwe skreślić)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia w/w, wg stawki określonej na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.).

Pruszków, dnia

Czytelny podpis wnioskodawcy:

**POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY
NA PODSTAWIE OKAZANEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI**

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) administratorem danych osobowych osób składających skargi lub wnioski jest Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, adres: ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków;

2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@mscz.pl;

3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia skargi lub wniosku. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;

4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania ww. dokumentów określony w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzicwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;

2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia skargi lub wniosku;

4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej upoważniam niżej wymienioną osobę*:

Imię/imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia:

* przy odbiorze upoważniona osoba musi okazać się dokumentem tożsamości

Pruszków, dnia

Czytelny podpis
wnioskodawcy:

POTWIERDZENIE ODBIORU / WGLĄDU

Potwierdzam odbiór /wgląd* wnioskowanej dokumentacji medycznej (* niepotrzebne skreślić).

Pruszków, dnia

Czytelny podpis wnioskującego
lub odbierającego:

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ
wydającego dokumentację / potwierdzającego okazanie do wglądu

W PRZYPADKU ODBIORU WNISKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ,
POTWIERDZAM DANE OSOBOWE NA PODSTAWIE OKAZANEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ