

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany /na: -----

Nr PESEL upoważniającego: -----

* W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia: -----

Upoważniam Pana/ Panią: -----

Nr PESEL upoważnionego: -----

*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia: -----

do odbioru dokumentacji medycznej* mojej/mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym **

** Imiona i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej: -----

** Nr PESEL dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej (dla noworodka, którego matka ma nadany numer PESEL –numer PESEL matki): -----

** W przypadku dzieci/osób ubezwłasnowolnionych, które nie mają nadanego numeru PESEL (oraz noworodków, których matki nie mają nadanego numeru PESEL): Data urodzenia: -----

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Data i podpis osoby składającej wniosek

* wypełnić, jeśli dotyczy

** zakreślić właściwe

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowa 2, który przetwarza dane w zakresie Twojego imienia, nazwiska, numeru PESEL (lub daty urodzenia) oraz jeśli ma to zastosowanie nr telefonu i adresu e-mail - w ramach realizacji Upoważnienia jednorazowego do wydania dokumentacji medycznej. Podanie danych jest całkowicie dobrowolne, jednak konieczne dla weryfikacji tożsamości pacjenta i realizacji żądania. We wszelkich sprawach związanych z ochroną Twoich danych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl. Z pełną treścią klauzuli obowiązkowej informacyjnej oraz przysługującymi Ci prawami możesz zapoznać się poprzez stronę internetową, w placówce oraz poprzez kontakt z nami.