

WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH

.....
Miejscowość, data

Oznaczenie wnioskującego*

.....
.....
.....

Szpitala Specjalistyczny Matopiat

Przychodnia Specjalistyczna Matopiat

Ul. Storczykowa 8/10

87-100 Toruń

Na podstawie art. 15 ust. 3 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) 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 na adres:
- odbiór osobisty

.....
Podpis wnioskodawcy

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

**można wskazać zakres danych, np. zakres czasowy