

Zielona Góra, dnia

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania Wnioskodawcy)

.....
(telefon kontaktowy Wnioskodawcy)

Do Dyrektora

Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
SP ZOZ w Zielonej Górze

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii uwierzytelnionej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL Pacjenta)

.....
(adres zamieszkania Pacjenta)

- w Zespole Ratownictwa Medycznego
[*Karta Zlecenia Wyjazdu, Karta Medycznych Czynności Ratunkowych*]

- w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w WSPR SP ZOZ

w okresie

(proszę podać datę i przybliżoną godzinę wyjazdu ratunkowego lub wizyty w POZ)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
w dniu

.....
(podpis Odbierającego)

Klauzula informacyjna – dla pacjentów

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze. Może się z nim Pani/Pan kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze, ul. B. Chrobrego 2, 65-043 Zielona Góra, e-mail: wspr@pogotowie.zgora.pl, telefonicznie: +48 68 320 22 25.
2. Do kontaktów w sprawie ochrony Pani/Pana danych osobowych został powołany inspektor ochrony danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się wysyłając e-mail na adres: iodo@pogotowie.zgora.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO – spełnienie obowiązku prawnego oraz na podstawie Art. 9 ust.2 lit. h RODO – przetwarzanie danych wrażliwych w związku z leczeniem.
4. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa są nimi np.: NFZ, ubezpieczyciele, sądy, organy: ścigania, podatkowe oraz inne podmioty publiczne, gdy wystąpią z takim żądaniem, oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pani/Pana dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne, telekomunikacyjne, pocztowe i inne. Jednakże przekazanie Pani/Pana danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych, może je Pani/Pan sprostować, gdy zachodzi taka konieczność. Ma Pani/Pan także prawo żądania ograniczenia przetwarzania.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu także skarga do organu do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.