

Wniosek wraz z potwierdzeniem o dostęp do danych osobowych/medycznych

Miejscowość i data

Oznaczenie wnioskującego:

Imię i nazwisko

Pesel

Adres do korespondencji

Nr telefonu kontaktowego

ASKODENT s.c. Barbara Michalkiewicz-Osmola, Andrzej Szwarczyński

Gabinet Stomatologiczny Andrzej i Kaja Szwarczyńscy s.c.

60-163 Poznań, ul. Sieradzka 8b

Gabinet Stomatologiczny Andrzej Szwarczyński spółka komandytowa

61-896 Poznań, ul. Towarowa 37/205

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 wydanie przetwarzanej przez Państwa kserokopii mojej dokumentacji medycznej.

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

- odbiór osobisty
- drogą elektroniczną:
- w formie papierowej na adres:

podpis wnioskodawcy

.....

czytelny podpis pracownika przygotowującego kserokopię dokumentacji medycznej

.....

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną