

Wzór wniosku o dostęp do danych osobowych

Miejscowość, data

.....

Oznaczenie wnioskującego*

.....

.....

.....

Oznaczenie administratora

(np. szpital, przychodnia lub inna placówka medyczna)

.....

.....

.....

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:.....

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