**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………… PESEL: …………………………… lub data urodzenia : ………………….

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent)*

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………… PESEL: ………………………………………

**Wnioskuję o przesłanie kopii dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej na następujący adres e-mail: …………………………………………………………… .**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

* + **nazwa poradni / pracowni: ……………………………………………………………...……………………**
  + **okres (od – do): ……………………………………………………………………………………**

Jednocześnie oświadczam, że:

* jestem świadom/świadoma ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych droga elektroniczną,
* w przypadku dostępu osób niepowołanych do dokumentacji przesłanej w formie zaszyfrowanej na wskazany adres e-mail nie będę wnosił/wnosiła z tego tytułu żadnych roszczeń względem Administratora.

1. Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest Przychodnia Krakowska Sp. z o.o. w Krakowie, ul. Mehoffera 6, tel. ……………………….., e-mail: …………………………….
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych pod adresem korespondencyjnym Administratora lub pod adresem e-mail: ……………………………………………….
3. Podane powyżej dane osobowe Administrator będzie przetwarzał w celu przesłania dokumentacji medycznej poczta e-mail (na podstawie art. 27 ust. 1 pkt. 4) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 6 ust. 1 lit. c) RODO) oraz art. 11 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii przez okres przewidziany przepisami prawa w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej, tj. 20 lat.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione jedynie upoważnionym organom oraz dostawcy usług pocztowych.
5. Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
6. Podanie danych jest obowiązkowe w przypadku realizacji uprawnienia wynikającego z zapisów art. skorzystania z uprawnienia wynikającego z zapisów art. 27 ust. 1 pkt. 4) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku niepodania danych Administrator nie będzie mógł przesłać dokumentacji medycznej/wyników badań za pośrednictwem poczty e-mail.

…………………...................... ……..……………………………..

miejscowość, data podpis wnioskodawcy