

Upoważnienie do odbioru wyniku badania

Ja

Imię, nazwisko, PESEL

Upoważniam Pana/Panią.....

Imię, nazwisko, PESEL

Do odbioru moich / mojego małoletniego dziecka wyników badań:

.....
(Rodzaj badania)

z dnia

Data i czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię, nazwisko, PESEL w celu weryfikacji danych niezbędnych do odebrania wyników badań do którego mnie upoważniono. Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 28 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych

w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego RODO oraz ustawy o ochronie danych osobowych informujemy iż

1) administratorem Pani/ Pana danych jest WSPL SP ZOZ w Świnoujściu ul. Kapitańska 8 – 8B,
2) Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu weryfikacji zgodności danych do odebrania wyników badania do którego Panią/Pana upoważniono i przechowywane będą wraz z wynikami Pacjenta, którego badanie dotyczy w formie papierowej lub elektronicznej w zbiorze dokumentacji medycznej w Przychodni przez okres określony odrębnymi przepisami prawa,

3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do kontroli przetwarzanych danych osobowych, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu. Konsekwencją nie wyrażenia zgody będzie odmowa wydania wyników,

5) dane nie będą przekazywane innym podmiotom, w tym do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,

6) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w tym o profilowanie w oparciu o Pni/Pana dane osobowe,

.....
Data i podpis Upoważnionego

* niepotrzebne skreślić