

Załącznik nr 9 do Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych wraz z Instrukcją Zarządzania Systemem Informatycznym oraz Procedurą postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych w Centrum Medycznego Multimed Tadeusz Jucyk Sp.z.o.o.

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres

.....
Tel.

Do:
.....
.....
.....
.....
(nazwa jednostki organizacyjnej)

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/-y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie*:

- kserokopii – odbiór osobisty
- kserokopii przesłanej listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres zamieszkania:

.....
*niepotrzebne skreślić

Zakres dokumentacji

Ustalony termin odbioru dokumentacji (*wypełnia CM Multimed*):

Upoważniam Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Sp.z.o.o. do wystawienia faktury za płatną kopię dokumentacji oraz jeżeli dotyczy - koszty wysyłki zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem oraz zobowiązuję się do zapłaty należności za fakturę w terminie 7 dni od jej otrzymania.

.....
data i miejscowość, podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 10 do Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych wraz z Instrukcją Zarządzania Systemem Informatycznym oraz Procedurą postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych w Centrum Medycznego Multimed Tadeusz Jucyk Sp.z.o.o.

Protokół udostępnienia dokumentacji medycznej

przekazania danych ze zbioru
(nazwa jednostki organizacyjnej)

Niniejszym potwierdzam odbiór danych

na podstawie złożonego wniosku z dnia

Sporządzono:

Kserokopię dokumentacji medycznej: stron Koszt:

Kopię przesłaną listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres zamieszkania - Koszt:

.....
data i miejscowość, podpis przekazującego

.....
data i miejscowość, podpis odbierającego