**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ przechowywanej przez CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju**

(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)

Horyniec-Zdrój, dnia……………..

**CRR KRUS**

**w Horyńcu-Zdroju**

1. **DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………….

PESEL………………………………tel.:………………………………………………………

Adres…………………………………………………………………………………………….

1. **WNIOSKODAWCA** (prosimy wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)**:**

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

adres:…………………………………………………........tel.:……………………………

**3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:** (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce)

**□** wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy;

□ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta;

□ wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta.

**4. PROSZĘ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZĄCEJ:**

Leczenia/pobytu rehabilitacyjnego w terminie: ………………………………………………

uwagi……………………………………………………………………………………………

…………………………………………..

(podpis pacjenta lub wnioskodawcy)

**5. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU:**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej………………………………………………

(data i podpis pracownika wydającego dok.)

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej……………………………………

(data i podpis)

1. **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Ja niżej podpisany/na, upoważniam ww. Wnioskodawcę -Pana/Panią…………………………

…………………………………………………………..PESEL………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………….,

do odbioru ww. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby………………………………

(data i czytelny podpis pacjenta)

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**PRZEZ CRR KRUS W HORYŃCU-ZDROJU**

Zgodnie z art. 13 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 (dalej: **RODO**) CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju informuje, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Horyńcu – Zdroju, ul. Sanatoryjna 2, 37-620 Horyniec - Zdrój.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Horyńcu – Zdroju, email: [iod@crr-horyniec.pl](mailto:iod@crr-horyniec.pl).
3. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z wydaniem dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane odpowiednim odbiorcom, w szczególności podmiotom zewnętrznym zajmującym się obsługą informatyczną lub prawną administratora albo instytucjom uprawnionym do kontroli działalności administratora lub instytucjom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pana / Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji w/w wniosku, a po jego zrealizowaniu– przez okres 12 miesięcy.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i prawo przenoszenia danych – w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach RODO.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do realizacji w/w wniosku. W przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe wydanie dokumentacji, której wniosek dotyczy.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.

**Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną** …………………………..………………..

data i podpis