

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej opisany

.....(imię, nazwisko)

.....(pesel)

**upoważniam każdą osobę, która się zgłosi w moim imieniu do czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych**

**upoważniam wymienione osoby/osobę**

1. ....  
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

2. ....  
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

3. ....  
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

do czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych \* tj.:

- uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- uzyskania dokumentacji medycznej
- odbioru recept i zleceń
- odbioru wyników badań
- inne.....

Upoważnienie jest ważne \*

- jednorazowo w dniu .....
- bezterminowo (za mojego życia i po śmierci)

Uwaga: pacjent może w każdej chwili cofnąć swoje upoważnienie dla w/w osoby/osób składając oświadczenie na piśmie

**nie upoważniam nikogo do poniższych czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych**

\* - zaznaczyć właściwe

.....  
data i podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Zdrowia Błonie sp z o.o. Dane te będą wykorzystywane w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych.

.....  
data i podpis pacjenta