

.....  
(Imię i Nazwisko osoby wnioskującej)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Adres: ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(numer PESEL)

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
MA-TER Pielęgniarska Opieka Domowa  
ul. Parkowa 8  
38-420 Korczyna

## WNIOSEK

### o udostępnienie danych ze zbioru danych osobowo-medycznych dotyczących zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 15 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wnioskuję o dostęp do moich danych osobowo-medycznych, które są przetwarzane w NZOZ MA-TER w związku ze świadczeniami medycznymi udzielonymi od dnia ..... r. do dnia ..... r. Jednocześnie oświadczam, iż w momencie otrzymania kopii danych, przyjmuję odpowiedzialność za ich bezpieczeństwo.

Wybieram jeden z poniższych sposobów dostarczenia/dostępu do danych:

- Proszę o przesłanie kopii moich danych Poczta Polska na adres podany wyżej/ na adres\* (\*wypełnić, jeśli adres do wysyłki różni się od podanego wyżej):
- ..... (imię i nazwisko)  
..... (ulica, numer domu i lokalu)  
..... (kod pocztowy i miejscowość)
- Proszę o przesłanie kopii moich danych pocztą elektroniczną na mój adres mailowy: .....
- Kopię moich danych odbiorę osobiście w siedzibie NZOZ MA-TER w terminie ustalonym telefonicznie – zobowiązuję się do kontaktu telefonicznego z numerem +48 13 43 88 171.

.....  
(czytelny podpis osoby wnioskującej)