



www.wompcpl.eu

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi
ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

sekretariat
tel.: (42) 27-21-900
fax.: (42) 27-21-809
e-mail: sekretariat@wompcpl.eu

NIP: 947-18-05-558
Regon: 000 29 42 89
Numer KRS: 0000022077
Księga Rejestrowa Nr 000000004457



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 27001:2013
www.tuv.com
ID 9105045135

Załącznik Nr 1 do Procedury P-ZSZ/111

DANE WNIOSKODAWCY:	Data wniosku
Nazwisko i Imię	
PESEL	Data wpływu wniosku (jeśli inna niż data wniosku)
Adres zamieszkania:	
Telefon kontaktowy:	

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA	
PESEL:	
NAZWISKO I IMIĘ	
ADRES ZAMIESZKANIA	
SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DEOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: *	
☐	Sporządzenie kopii
☐	Sporządzenie odpisu
☐	Sporządzenie wyciągu
☐	Wgląd w siedzibie WOMP CP-L w Łodzi
SPOSÓB ODBIORU DOKUEMNTACJI:*	
Odbiór osobisty	
Przesyłka za pobraniem****	
na adres	
ZAKRES DOKUMENTACJI O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA:*	
Nazwa Poradni/Zakładu/ Pracowni:	
.....	
W okresie od do	
Data i podpis wnioskodawcy***	

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI *	
	ODEBRANA OSOBIŚCIE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ
	WYŚLANA POCZTĄ NA WSKAZANY ADRES W DNIU.....
Naliczono opłatę w wysokości	
Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: Rodzaj dokumentu.....	POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Data i podpis osoby odbierającej
Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną	

*właściwe zaznaczyć ** wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca nie jest pacjentem

*** w przypadku wniosku ustnego podpis pracownika przyjmującego wniosek

****Oświadczenie Wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem/am się z trybem udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o wysokości opłaty związanej z wydaniem dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 04.05.2016 – zwanego RODO) informuję że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno–Lecznicze ul. Aleksandrowska 61/63 91-205 Łódź, zwany dalej: „Administratorem”. Może Pan/Pani skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: sekretariat@wompcpl.eu lub telefonując pod numer: 42 272 19 00, jak też skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego inspektora ochrony danych pisząc na adres: iod@wompcpl.eu lub telefonując pod numer: 506 474 362.
2. Administrator przetwarza Pana/Pani dane osobowe w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu wypełnienia obowiązku ciążącego na Administratorze w związku z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
3. Ma Pan/Pani dostęp do danych osobowych, w tym kopii danych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu. Ma Pan/Pani także prawo do usunięcia danych osobowych, chyba że dane będą konieczne do wywiązywania się przez Administratora z prawnego obowiązku wymagającego ich przetwarzania albo służyć będą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
4. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednak jest ono konieczne dla realizacji celów opisanych w punkcie 2. Odmowa podania danych uniemożliwi realizację celów opisanych w punkcie 2.
6. W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
Data i podpis wnioskodawcy