

Wypełnia Administrator Danych (dalej: Administrator)

Numer wniosku

--	--

Data wpłynięcia wniosku

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wypełnia Wnioskodawca:

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwisko i imię (imiona):

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Podmiot, do którego jest składany wniosek:

**Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin**

Wniosek o realizację praw na mocy RODO ¹⁾

1. Na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) ¹⁾ zwracam się do Administratora danych, o realizację przysługujących mi praw: (proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu -):

- Dostępu do danych oraz uzyskania informacji (na podstawie art. 15 RODO)
- Do sprostowania i uzupełnienia danych (na podstawie art. 16 RODO)
- Do usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym) (na podstawie art. 17 RODO)
- Do żądania ograniczenia przetwarzania danych (na podstawie art. 18 RODO)
- Do przenoszenia danych (na podstawie art. 20 RODO)
- Do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO)

2. Informacje uzupełniające, umożliwiające realizację żądania (proszę dookreślić żądanie); informacje umożliwiające Administratorowi identyfikację (wyszukanie danych) w zbiorze:

np. żądam potwierdzenia czy SPSZOZ „Zdroje” przetwarza moje dane osobowe; dostarczenia kopii; sprostowania nieprawidłowych danych (dookreślić jakie dane); uzupełnić dane niekompletne(dookreślić jakie dane); usunąć dane ponieważ nie są już niezbędne, cofnąłem zgodę, dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem; itd.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Wnioskowany sposób odbioru: (proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu -):

- zostanie odebrana osobiście
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany we wniosku
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email: _____
 - oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną oraz zapoznałem(am) się z minimalnym zabezpieczeniem przekazania przez Szpital danych w postaci elektronicznej, przesłanych na wskazany adres e-mail oraz proszę o przesłanie hasła: SMS-em na telefon _____ (wskazany przez osobę żądającą) pocztą tradycyjną, przekazanie hasła do rąk własnych* (właściwe podkreślić).

Czytelny podpis Osoby składającej wniosek

Pouczenie:

1. Administrator może wymagać podania dodatkowych informacji pozwalających na weryfikację uprawnienia do złożenia ww. wniosku, w tym potwierdzenia tożsamości osoby składającej wniosek. Zakres każdego z ww. praw oraz sytuacje, w których może skorzystać osoba składająca wniosek, wynikają z przepisów prawa. To, z którego uprawnienia może skorzystać osoba składająca wniosek, zależy będzie m.in. od podstawy prawnej wykorzystywania danych oraz celu ich przetwarzania.
2. Administratorem danych osobowych Pacjentów jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” z siedzibą przy ul. Mącznej 4, 70-780 Szczecin, NIP: 955-14-89-094; REGON:000291411; tel. kontaktowy: 91 8806200. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych w SPSZOZ „Zdroje”, w tym realizacji praw na mocy art. 15-21 RODO dostępne są na stronie <http://www.szpital-zdroje.pl/> w strefie Pacjenta/zakładka pn. RODO - ochrona danych osobowych.

ADNOTACJE URZĘDOWE:

Potwierdzenie realizacji żądania:

(należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu -):

wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: _____ adres: _____
_____ dnia: _____

wysłano za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email: _____

odebrano osobiście
Ja niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentów:

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

Tożsamość osoby odbierającej stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko:

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości/.....

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)