



Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej
Ul Fałata 2, 43-360 Bystra

.....
Dane upoważniającego

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko, imię pacjenta osadzonego

PESEL:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam

.....
*Dane osoby upoważnionej, adres ,nr PESEL**

do odbioru dokumentacji medycznej osadzonego :.....

.....
wskazać rodzaj dokumentacji med. i datę udzielenia świadczenia med.

.....
Podpis i pieczęć
Dyrektora Aresztu Śledczego

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych obowiązujących w CPiT w Bystrej (*Podstawa prawna : art. 13 RODO*).

.....
Czytelny podpis **osoby upoważnionej**

Wypełnia Pracownik Centrum

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną , zgodnie z upoważnieniem, potwierdzono na podstawie okazania przez odbierającego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację med.

* W przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem