



....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie  
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

## **WNIOSEK O WYDANIE KOPII ZŁOŻONEGO UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisana/-y .....

legitymujący się dowodem osobistym: numer ..... seria .....

Proszę o wydanie kopii złożonego upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej i stanu  
zdrowia mojego dziecka .....

Kopia ta jest mi potrzebna do.....  
.....

Powyższe dane zostały sprawdzone z dowodem osobisty.

Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka .....

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego wniosku, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: [iod@zozknurów.pl](mailto:iod@zozknurów.pl)
- Administrator Danych Osobowych: [sekretariat@zozknurów.pl](mailto:sekretariat@zozknurów.pl)

Potwierdzam odbiór otrzymanej kopii cytowanego powyżej upoważnienia

.....  
(czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego)