

**Załącznik nr 2**

**Procedury udostępniania dokumentacji medycznej  
w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie sp. z o.o.**

**UPOWAŻNIENIE  
DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / WYNIKÓW BADAŃ  
PACJENTA**

**Upoważniam Pana/Panią:**

Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:.....

**do odbioru mojej dokumentacji medycznej/ wyników badań**

Imię i Nazwisko.....

Pesel:.....

.....  
/data/

.....  
/Czytelny podpis Upoważniającego/

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych OSÓB UPOWAŻNIONYCH  
do odbioru dokumentacji medycznej / wyników badań Pacjenta**

**Szanowni Państwo,**

Realizując zapisy Rozporządzenia PE 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 (dalej RODO), informujemy, że **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o. o.**, zwane w dalszej części Szpitalem, jest **Administratorem Państwa** danych osobowych.

- Nasza siedziba znajduje się w **Goleniowie (72-100)** przy **ul. Nowogardzkiej 2**; kontakt: tel. 91 466 43 01 lub [sekretariat@szpitalgoleniow.pl](mailto:sekretariat@szpitalgoleniow.pl)
- Sprawami ochrony danych osobowych zajmuje się w Szpitalu **Inspektor Ochrony Danych** - dr Marlena Płonka, która dostępna jest pod wskazanym powyżej adresem siedziby Szpitala oraz [iod@szpitalgoleniow.pl](mailto:iod@szpitalgoleniow.pl)
- Państwa dane osobowe zostały przekazane przez Pacjenta naszego Szpitala w celu upoważnienia do odbioru dokumentacji medycznej / wyników badań a ich przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego - ciężącego na Szpitalu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, polegającego na udostępnianiu danych osobowych i informacji o zdrowiu Pacjenta wyłącznie podmiotom do tego uprawnionym, w tym upoważnionym przez Pacjenta i po potwierdzeniu tożsamości osoby upoważnionej na podstawie danych wskazanych w upoważnieniu.
- Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania ich przetwarzania – o ile realizacja tych praw nie jest ograniczona ogólnie obowiązującymi przepisami. Prawa te można realizować w sekretariacie w naszej siedzibie lub mailowo na adres [sekretariat@szpitalgoleniow.pl](mailto:sekretariat@szpitalgoleniow.pl)
- Przysługuje Państwu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

**Wydano:**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną/ wyników badań pacjenta  
stwierdzono na podstawie:

.....nr.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Wystawiono paragon/fakturę \* nr .....z dnia.....

.....  
(Data wydania dokumentu)

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....  
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację )

\*właściwe podkreślić

**Wysłano listem poleconym:**

Nr nadawczy..... Dnia.....

.....  
(Czytelny podpis pracownika wysyłającej dokumentację)