

OŚWIADCZENIE

(JEŻELI UPOWAŻNIA PACJENT LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY)

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust.1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

upoważniam niżej wymienioną osobę

nie upoważniam nikogo

do dostępu do: informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej*:

Imię (Imiona) pacjenta	
Nazwisko pacjenta:	
PESEL	

wyłącznie w Powiatowym Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb. / w Powiatowym Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb. oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.*

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Imię (Imiona) osoby upoważnionej:**	
Nazwisko osoby upoważnionej:**	
Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne ale zalecane: pesel, nr dowodu osobistego, telefon)	

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, że **wyrażam /nie wyrażam* zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb.**

Celem przetwarzania danych osobowych jest udzielanie zgody jako osoby upoważnionej do: informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem tych danych w rozumieniu obowiązujących przepisów jest Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb., pod adresem ul. Roosevelta 3, 97-300 Piotrków Tryb.
2. Podanie danych jest dobrowolne i są one zgodne z prawdą.
3. Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie.
5. Zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej Ochrony Danych Osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej

**niewłaściwe skreślić*

*** W przypadku osoby niepełnoletniej lub osoby dorosłej, dla której ustanowiono opiekuna prawnego Oświadczenie w jej imieniu wypisuje i podpisuje osoba, będąca prawnym opiekunem.*