

WNIOSEK nr...../.....¹ z dnia.....
Dotyczący zmiany danych osobowych znajdujących się w zbiorze elektronicznej dokumentacji
medycznej NZOZ Śródmieście Sp. z o.o.

☐ Wnioskuje o zmianę danych osobowych w zbiorze dokumentacji medycznej

Jest:

Imię i nazwisko		PESEL:	
Adres zamieszkania		Tel:	
E-mail:			

Winno być:

Imię i nazwisko		PESEL:	
Adres zamieszkania		Tel:	
E-mail:			

Uzasadnienie dla wprowadzenia zmiany

.....załączniki:

- 1)
2)

Wnioskuje o:

☐ Usunięcie moich danych osobowych ze zbioru danych zgodnie z art.. 5 ust. 1 lit. c i art. 17 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 (RODO), w zakresie²:

- ☐ Numer telefonu
☐ Adres e-mail

.....
(podpis Wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data wpływu:	
Osoba dokonująca zmiany w systemie informatycznym	
Data dokonania zmiany / usunięcia danych osobowych	
Podpis pracownika	

¹ numer nadaje pracownik NZOZ Śródmieście Sp. z o.o.

² Właściwie zakreślić X