

Katowice,202..... r.

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

NZOZ Gastro-Med Waksmundzki sp.j.

40-053 Katowice

Ul. Barbary 21

WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym wnoszę o udostępnienie mi kopii moich danych osobowych (tj. egzemplarza mojej dokumentacji medycznej) przetwarzanych przez NZOZ Gastro-Med Waksmundzki sp.j.

Proszę o przekazanie dokumentacji w następujący sposób (wybierz jedną z podanych poniżej form):

- Drogą elektroniczną na e-mail
- Odbiór osobisty

Podstawa Prawna wniosku:

Art. 15 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 – tj. Rozporządzenie RODO.

.....
podpis składającego wniosek