

..... Nazwisko i imię pacjenta Adres zamieszkania Data urodzenia.....	Potwierdzenie przyjęcia wniosku przez poradnię /oddział/archiwum zakładowe (pieczęć) Data złożenia zamówienia
Wniosek Proszę o sporządzenie uwierzytelnionej kopii/odpisu/wyciągu/wydruku/*na informatycznym nośniku danych** dokumentacji medycznej dot. mojego leczenia znajdującej się w: za okres od do..... Oświadczam, że zapoznałem się z aktualnym cennikiem opłat za tego typu usługę, wg którego ureguluję należność w wyznaczonym terminie odbioru. W przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.*** (data i czytelny podpis wnioskującego)	
Potwierdzenie odbioru uwierzytelnionej kopii/odpisu/wyciągu/wydruku/*na informatycznym nośniku danych** dokumentacji medycznej przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego/wnioskującego. (data i czytelny podpis)	
..... (data podpis osoby wydającej)	

*Właściwe zakreślić

**Dotyczy tylko dokumentacji prowadzonej w tej formie.

***Nie dotyczy dokumentacji wydawanej po raz pierwszy.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna treść klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych oraz na stronie internetowej www.szpitalnowysacz.pl