ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, WYNIKÓW BADAŃ ORAZ RECEPT

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

niniejszym **upoważniam:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

do:

- odbioru w moim imieniu **dokumentacji medycznej**,
- odbioru **wyników badań**,
- odbioru **recept** wystawionych dla mnie,
- uzyskiwania **informacji o stanie zdrowia** (jeśli dotyczy – można wykreślić).

Upoważnienie jest ważne:
☐ jednorazowo — w dniu .....
☐ do odwołania — (zaznaczyć właściwe).

Miejscowość: .....

Data: .....

Podpis pacjenta: .....

Podpis osoby upoważnionej: .....

Klauzula informacyjna (RODO):
Dane osobowe zawarte w niniejszym upoważnieniu są przetwarzane przez **Zakład Opieki Zdrowotnej w Górznie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, z siedzibą przy ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno, wyłącznie w celu realizacji niniejszego upoważnienia, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (RODO) oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.