

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnoszę o wydanie dokumentacji medycznej prowadzonej w Hello Smile Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Papiernicza 7, 92-312 Łódź, Polska, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000754180, NIP 5842778056.

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę w formie papierowej wysłać na adres: _____
- proszę w formie elektronicznej wysłać na adres: _____
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko: _____
 - numer PESEL: _____

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

.....
miejsowość, data

.....
podpis

INFORMACJE DODATKOWE:

- 1) Skorzystanie z formularza jest uprawnieniem, a nie obowiązkiem Pacjenta. Zgłoszenie można nadać Spółce w formie pisemnej lub w wiadomości e-mail.
- 2) Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Hello Smile Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Papiernicza 7, 92-312 Łódź, Polska, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000754180, NIP 5842778056. Spółka ustanowiła inspektora ochrony danych, dostępnego pod adresem: biuro@witmajerkancelaria.pl. Zakres, podstawa prawna oraz cele przetwarzania danych osobowych omówiono w Polityce prywatności, dostępnej na stronie internetowej: www.hellosmile.pl.