

Miejscowość, dnia.....

.....
.....
.....

(dane osoby ubiegającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej, nr i rodzaj dokumentu wydane przez uczelnię)

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że w dniu/dniach korzystałem/am z dokumentacji medycznej SPSK nr 2 PUM w Szczecinie, zgodnie z wnioskiem

.....
(nazwa szkoły wyższej lub instytutu badawczego)

o udostępnienie dokumentacji medycznej z dnia w celu napisania pracy pt.

.....
.....
Dokumentacja pacjenta/ki/ów z oddziału / kliniki / poradni / zakładu / pracowni

.....
w okresie od do
i obejmowała

.....
Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszystkich powziętych z tej dokumentacji danych oraz wykorzystania danych z w/w dokumentacji jedynie w pracy naukowej pt.

.....
Dane z dokumentacji medycznej udostępniono mi w obecności Pani/Pana

.....
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)

Oświadczam, że została mi wydana / nie została mi wydana kopia dokumentacji medycznej w powyższym zakresie.

.....
(data i podpis)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB WYSTĘPUJACYCH Z
WNIOSEM O DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SPSK-2 W CELACH
NAUKOWYCH LUB DYDAKTYCZNYCH**

Ja, niżej podpisany* wyrażam/nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych w zakresie imienia i nazwiska, informacji o odbywanych studiach lub kursach, przygotowywanej pracy naukowej oraz danych kontaktowych przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (70-111 Szczecin) w celu procedowania złożonego wniosku o dostęp do dokumentacji medycznej SPSK-2. Jestem świadomy tego, że wydana przeze mnie zgoda może zostać w każdej chwili wycofana, a wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem.

*należy wpisać czytelnie imię i nazwisko osoby, której dane będą przetwarzane;

**niepotrzebne skreślić

.....

data i czytelny podpis