



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu dydaktycznym

Miejscowość i data:

Dane osoby wnioskującej o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr legitymacji:

Nazwa Uczelni:

Nr telefonu kontaktowego:

Ja niżej podpisany/a, wnioskuję o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

z **Oddziału Kliniki/ Poradni/ Izby Przyjęć** (podkreślić właściwą jednostkę)

.....
(nazwa jednostki)

obejmującą:

Wnoszę o udostępnienie wskazanej dokumentacji w celu dydaktycznym:

.....
Oświadczam, iż zobowiązuję się do utrzymania w tajemnicy otrzymanych informacji, także po śmierci pacjentów, których one dotyczą.

**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