



WNIOSEK PACJENTA O REALIZACJĘ PRAW WYNIKAJĄCYCH Z RODO

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL / Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

E-mail:

2. Zakres żądania

Proszę o realizację mojego prawa w zakresie (zaznaczyć właściwe):

Dostęp do moich danych osobowych (informacja, jakie dane są przetwarzane, w jakim celu, komu udostępniane).

Kopia moich danych osobowych (w tym dokumentacji medycznej, jeśli dotyczy).

Sprostowanie (poprawienie) danych – proszę o zmianę następujących danych:

.....

Usunięcie moich danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”) – o ile nie ma prawnego obowiązku ich dalszego przechowywania.

Ograniczenie przetwarzania danych – proszę o ograniczenie przetwarzania w zakresie:

.....

Przeniesienie danych – proszę o przekazanie moich danych do:

.....

Sprzeciw wobec przetwarzania danych – w związku z:

.....

3. Preferowana forma odpowiedzi

Pisemna (odbiór osobisty) Pisemna (wysyłka pocztą na adres) Elektroniczna (na adres e-mail podany w części 1)



4. Potwierdzenie tożsamości

W celu realizacji mojego żądania wyrażam zgodę na weryfikację tożsamości przez Administratora, w tym ewentualne okazanie dokumentu tożsamości.

5. Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych i wiem, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na przetwarzanie danych (o ile podstawą przetwarzania jest zgoda).

.....
Data i podpis pacjenta

6. Potwierdzenie przyjęcia wniosku (wypełnia Administrator)

Data przyjęcia:

Imię i nazwisko osoby przyjmującej:

Forma weryfikacji tożsamości:

Uwagi:

Instrukcja dla pacjenta:

- Wniosek można złożyć osobiście w dowolnej lokalizacji Ośrodka Psychoterapii „Poznaj Siebie” lub przesłać pocztą / e-mailem.
- Administrator udziela odpowiedzi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku.