

Załącznik nr 21

do „Polityki bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych w Szpital Lipno Sp. z o.o.”

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH

Dane wnioskodawcy																							
1. Imię	2. Drugie imię	3. Adres zamieszkania	4. Adres do korespondencji																				
5. Nazwisko																							
6. Nazwa																							
Dane pełnomocnika wnioskodawcy																							
1. Imię	2. Drugie imię	3. Adres zamieszkania	4. Adres do korespondencji																				
5. Nazwisko																							
6. Nazwa																							
Dane osoby, której wniosek dotyczy																							
1. Imię	2. Drugie imię	3. Adres zamieszkania	4. Adres do korespondencji																				
5. Nazwisko																							
6. Nazwa	7. Pesel																						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
<p>Ja, niżej podpisany/a, legitymująca się dowodem osobistym nr..... zwracam się z prośbą o udostępnienie mi danych ze zbioru danych osobowych.</p> <p>..... (data oraz czytelny podpis)</p>																							
Zakres żądanych informacji:																							
Informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze żądanych danych: (np. okresy pobytu)																							

Decyzja

Administratora Bezpieczeństwa Informacji

Nie wyrażam zgody na udostępnienie danych ze zbioru danych osobowych

.....
(data oraz czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych ze zbioru danych osobowych

.....
(data oraz czytelny podpis)

Dane wydano w dniu:

.....
(data)

Dane wydał(a):

.....
(czytelny podpis)

Dane wysłano pocztą

Nr nadania	
Data nadania	

Dane odebrał(a):

.....
(czytelny podpis i data)