

Wzór wniosku o realizację praw wynikających z ochrony danych osobowych do Zarządzenia  
nr ..... z dnia .....  
Żary, dnia .....

Dyrektor  
105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią  
SP ZOZ w Żarach, ul. Domańskiego 2  
68-200 Żary

### WNIOSEK

O .....\*

\* Proszę podać jakiego rodzaju prawa wynikającego z przepisów Rozporządzenia o ochronie danych osobowych wniosek dotyczy

#### 1. Dane wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek.

.....  
Adres zamieszkania osoby wnioskującej oraz adres e-mail w przypadku preferowanej  
elektronicznej formy odpowiedzi.

.....  
Pesel osoby wnioskującej lub osoby uprawnionej do złożenia wniosku.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego .....

#### 2. Podać zakres żądań \* z podstawą prawną

.....

.....  
\* w przypadku wniosku o wydanie kopii dokumentacji medycznej proszę podać rodzaj żądanej dokumentacji np. historia choroby, historia zdrowia i choroby-w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań-podać jakich, zdjęcia rentgenowskie, inne.

#### 3. Informacje dodatkowe umożliwiające wyszukanie w zbiorze (np. okres i miejsce przebywania na oddziale lub poradni lub inne informację mogące pomóc w wyszukaniu).

#### 4. Sposób doręczenia (proszę zaznaczyć właściwą opcję).

- .....
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany we wniosku\*
- odbiór osobisty
- adres poczty elektronicznej

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku wyboru dostarczenia drogą pocztową należy dodatkowo wypełnić i załączyć wniosek o przesłanie dokumentacji