**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………….….…….…...............................................................................................

PESEL …………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ………………………………………………………….……….….….……………………………………………………………………………………….

1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:

Imię i nazwisko dziecka ….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ja niżej podpisany/a, wnioskuję o:

□ wydanie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

□ wydanie skanu dokumentacji

□ wgląd do dokumentacji medycznej w miejscu udzielania świadczeń - Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom, Kraków, Al. Kasztanowa 4a

□ wydanie oryginału zaświadczenia, opinii, wniosku (tylko w przypadku prośby o wysłanie pocztą Polską)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj dokumentu (jaki rodzaj wniosku, opinii lub zaświadczenia jest potrzebny)

□ wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

* Nazwa poradni: ……………….......................................................................................................................................
* Zakres (od – do): ………….…..……………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dokumentacja medyczna wymieniona w pkt. 3:

□ Zostanie odebrana osobiście.

□ Proszę o przesłanie na adres ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1.

□ Proszę o przesłanie na adres ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam, że:**

* Jestem świadom/świadoma ryzyka, jakie niesie ze sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną oraz drogą pocztową.
* W przypadku dostępu osób niepowołanych do dokumentacji przesłanej w/w formie zaszyfrowanej na wskazany adres   
  e-mailowy lub drogą pocztową nie będę wnosił/wnosiła z tego tytułu żadnych roszczeń względem Administratora.

1. Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest Związek Polskich Kawalerów Maltańskich Suwerennego Zakonu Szpitalników św. Jana Jerozolimskiego Zwanego Rodyjskim i Maltańskim, Al. Kasztanowa 4a, 30-227 Kraków, tel.012-424-14-52 e-mail: biuro@maltanskiecentrum.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych pod adresem korespondencyjnym Administratora lub pod adresem e-mail: [*iod@emphatygroup.pl*](mailto:iod@emphatygroup.pl)
3. Podane powyżej dane osobowe Administrator będzie przetwarzał w celu przesłania dokumentacji medycznej pocztą e-mail (na podstawie art. 27 ust. 1 pkt. 4) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 6 ust. 1 lit. c) RODO oraz art. 11 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii przez okres przewidziany przepisami prawa w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej, tj. 20 lat.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione jedynie upoważnionym organom oraz dostawcy usług pocztowych.
5. Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
6. Podanie danych jest obowiązkowe w przypadku realizacji uprawnienia wynikającego z zapisów art. skorzystania z uprawnienia wynikającego z zapisów art. 27 ust. 1 pkt. 4) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku niepodania danych Administrator nie będzie mógł przesłać dokumentacji medycznej/wyników badań za pośrednictwem poczty e-mail.

…………………………………………………………..

Data, podpis wnioskodawcy