

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ PACJENTA NA POTRZEBY KONTYNUACJI
LECZENIA W INNEJ PLACÓWCE MEDYCZNEJ**

....., dn.

miejsowość

data

Ja niżej podpisany/-a

imię i nazwisko

posiadający/-a PESEL o nr w związku z podjęciem decyzji o kontynuacji

mojego leczenia w:

nazwa placówki medycznej, w której pacjent będzie kontynuował leczenie

wnoszę o przekazanie kopii mojej dokumentacji medycznej do wyżej wskazanej placówki medycznej.

Jednocześnie oświadczam, że mam świadomość i akceptuję, iż wiązać się to będzie z koniecznością przekazania przez Optegra Polska Sp. z o.o. siedzibą w Warszawie (02-366) przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18 kopii mojej dokumentacji medycznej do wskazanej wyżej placówki medycznej, a także, że przekazanie tej dokumentacji odbędzie się zgodnie z wewnętrznymi procedurami Optegra Polska sp. z o.o. oraz obowiązującymi przepisami prawa (m.in. Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

.....

data i podpis Pacjenta

Optegra Polska sp. z o.o. jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych oraz polityce prywatności dostępnej na stronie <https://www.optegra.com.pl/polityka-prywatnosci-optegra-polska-sp-z-o-o> W przypadku pytań prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@optegra.com.pl

.....

podpis Pacjenta