

Upoważnienie do wydania wyniku badania

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL

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

Ja niżej podpisany/a

upoważniam Pana/Panią

legitymującego/ą się dowodem tożsamości

/seria i numer dowodu osobistego/paszportu*/

do odbioru moich wyników badań (rodzaj)

.....

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia

*niewłaściwe skreślić

Administratorem danych osobowych jest Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu przy ul. Batorego 17/19, który przetwarza dane w zakresie Twojego imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz jeśli ma to zastosowanie nr telefonu i adresu e-mail – w ramach realizacji Upoważnienia do odbioru wyniku badania. Podanie danych jest całkowicie dobrowolne, jednak konieczne dla weryfikacji tożsamości pacjenta i realizacji wniosku. We wszystkich sprawach związanych z ochroną Twoich danych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych dostępnym pod adresem: iod@med.torun.pl. Z pełną treścią klauzuli informacyjnej oraz przysługującymi Ci prawami możesz zapoznać się poprzez naszą stronę internetową: www.med.torun.pl.