**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH**

1. **Wnioskodawca:………………………………………..…………………..………..**

**PESEL: ………………………………**

**Adres do korespondencji: ……………………………………………………………….……………………………………..**

**Telefon: …………………………………….**

**Email: ……..……………………………………………………..**

 **2. Wniosek kierowany do:**

 **Administrator Danych Szpital Pomnik Chrztu Polski ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno,**

 **email:** **poczta@szpitalpomnik.pl**

**3. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych lub wskazać wiarygodne uzasadnienie potrzeby posiadania danych:**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………**

**4. Wskazać cel / przeznaczenie dla udostępnionych danych:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**5. Potrzeba udostępnionych danych ( jakie/ nazwa zbioru/ oznaczenie):**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**6. Zakres żądanych informacji o zbiorze danych:**

* **wgląd i zapoznanie się**
* **wydanie kopii dokumentacji**
* **inne ……………………………………………………………………………………………………………………………**

**Osoba upoważniona do wglądu/ przekazania udostępnionych danych:**

**………………………………………………………...…………………..……….. PESEL: ………………………………**

**Adres do korespondencji: …………………………………………………………..**

**Telefon: ……………………………………. Email: ……..……………………………………………………..**

**……………………………………………………..**

**(podpis wnioskodawcy)**

**Tożsamość Wnioskodawcy/osoby upoważnionej została zweryfikowana pozytywnie na podstawie …………………………………………………………**

**Wniosek wpłynął w dniu ……………………………**