**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,

 mail: 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 ……………………………