*Załącznik nr 1 do procedury realizacji praw osób, których dane dotyczą*

**WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW**

…………………………, dnia …………………

(miejscowość)

…………………………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy )

…………………………………………………

(adres)

…………………………………………………

(adres e-mail)

…………………………………………………

(nr PESEL)

………………………………………………

(numer telefonu – jeśli jest przetwarzany przez Administratora)

**Lubuski Szpitala Specjalistyczny Pulmonologiczno- Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.**

**ul. Wojska Polskiego 52**

**66-235 Torzym**

Na podstawie art. 7, 15 – 21 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym:

|  |  |
| --- | --- |
| Cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych |  |
| Żądam usunięcia moich danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym) |  |
| Wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o ograniczenie przetwarzania moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o sprostowanie moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o uzupełnienie moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o dostęp do moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o przeniesienie moich danych osobowych |  |
| Wnoszę o udzielenie informacji na temat przetwarzanych danych osobowych |  |
| Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej |  |

*(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)*

Wnioskowany sposób odbioru (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu):

|  |  |
| --- | --- |
| odbiór osobisty |  |
| proszę o przesłanie na adres wskazany we wniosku |  |
| proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: |  |

**Uzasadnienie:**

**(w tym miejscu należy wskazać m.in. cel, w jakim Administrator przetwarza dane osobowe, oznaczyć dane osobowe oraz zakres danych osobowych objętych wnioskiem, zakres danych nieaktualnych, podlegających sprostowaniu, usunięciu lub ograniczeniu)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….

(podpis Wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Administrator może wymagać podania dodatkowych informacji pozwalających na weryfikację uprawnienia do złożenia wniosku, w tym potwierdzenia tożsamości osoby składającej wniosek.
2. Administratorem danych osobowych Wnioskodawcy jest Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o. z siedzibą w Torzymiu, ul. Wojska Polskiego 52, 66-235 Torzym Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o., ul. Wojska Polskiego 52, 66-235 Torzym, NIP: 4290063582, KRS: 000365415, zwana dalej Administratorem. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wykorzystaniem powyższych danych adresowych lub pod adresem e-mail: [iodo@szpitaltorzym.pl](mailto:iodo@szpitaltorzym.pl)
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

* wypełnienia przez Administratora obowiązków prawnych, w tym m.in. przewidzianych w RODO i ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) RODO;
* rozpatrzenia wniosku, powiadomienia Pani/Pana o sposobie załatwienia wniosku oraz w celu poprawy świadczonych przez Administratora usług, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu Administratora tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku oraz udzielenia odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy. Brak podania danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku skutkować będzie pozostawieniem jej bez rozpoznania.
2. Pan/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa lub świadczącym dla Administratora usługi na podstawie odrębnych umów, w tym z zakresu pomocy techniczno-informatycznym, oraz operatorom świadczącym usługi pocztowe i kurierskie. Pani/Pana dane osobowe co do zasady nie będą przekazywane do państw trzecich.
3. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy, jednak nie dłużej niż przez termin przewidziany przepisami prawa i w instrukcji kancelaryjnej przewidzianej u Administratora, chyba że termin przedawnienia roszczeń przewidziany przepisami prawa, a związany ze sprawą jest dłuższy.
4. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
5. Przysługuje również Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
6. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Część wniosku wypełniana przez pracownika**

**1) Wniosek akceptuję/nie akceptuję\*:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać powód braku akceptacji)

.……………………………….

(data)

…………………………………

(podpis)

**2) Potwierdzenie pracownika, który zrealizował żądanie wnioskodawcy :**

……………………………………………..

(data)

……………………………………………..

(imię i nazwisko pracownika)

…………………………………………………………..

(podpis pracownika)

**3) Potwierdzenie poinformowania wnioskodawcy o spełnieniu/ nie spełnieniu żądania\*:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy wskazać formę powiadomienia np. list za potwierdzeniem odbioru)

…………………………………………….

(data poinformowania wnioskodawcy)

…………………………………………...

(podpis pracownika