

Załącznik 5 do polityki bezpieczeństwa

Gdynia, dnia.....

Wniosek

o udostępnienie danych ze zbioru Vita - Med Centrum Opieki Medycznej Sp. z o.o.
(Przychodnia Lekarska Chylonia w Gdyni przy ulicy Wejherowskiej 59)

1)

Wnioskodawca:.....

PESEL

2)

Zakres żądanych informacji ze zbioru

.....
.....

Jednocześnie , oświadczam , że zostałem/am poinformowany/a o konieczności poniesienia kosztów wykonania kserokopii / wydruku danych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załącznik 6 do polityki bezpieczeństwa

Gdynia, dnia.....

Protokół

przekazania danych ze zbioru Vita - Med Centrum Opieki Medycznej Sp. z o.o. (Przychodnia Lekarska Chylonia w Gdyni przy ulicy Wejherowskiej 59)

Niniejszym potwierdzam odbiór danych ze zbioru Vita - Med Centrum Opieki Medycznej Sp. z o.o. (Przychodnia Lekarska Chylonia w Gdyni przy ulicy Wejherowskiej 59)

.....
.....
.....

na podstawie złożonego wniosku z dnia.....

.....
(podpis osoby wydającej)

.....
data i czytelny podpis odbierającego