



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

Szczecin,

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
PESEL

Samodzielny Publiczny Szpital
Kliniczny Nr 2 PUM
al. Powstańców Wielkopolskich 72
71-111 Szczecin

Wniosek o dostęp do danych osobowych

Na podstawie art. 15 ust. 3 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) wnoszę o dostarczenie mi przetwarzanych przez Państwa kopii moich danych osobowych z okresu

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

w formie papierowej na adres:

odbiór osobisty

.....
(Czytelny podpis)