

ДО

ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР НА

УМБАЛ „КАНЕВ“ АД

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОСТЪП ДО ИНФОРМАЦИЯ, ОТНАСЯЩА СЕ
ДО ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ**

от:.....

(трите имена)

.....

(моля посочете трите имена, ако е имало промяна в имената Ви)

ЕГН:..... Телефон за връзка:.....

Заявлението се подава лично/ от родител/ чрез упълномощено лице/ от наследници/

(Вярното се подчертава)

Родител/ Упълномощено лице/ наследници:.....

(трите имена)

ЕГН:.....,

Достъпът се иска до собствени лични данни.

Достъпът се иска от законен представител/ попечител/ настойник/ наследник.

(Вярното се подчертава)

Моля да ми бъде изготвено/ а:

Заверено копие на Епикриза за пациент:.....

(трите имена)

ЕГН:.....хоспитализиран в отделение.....

за периода от Г. до Г.

Заверено копие на История на заболяване за пациент:.....

(трите имена)

ЕГН:..... хоспитализиран в отделение.....

за периода от Г. до Г.

Медицински документ (Моля посочете точно):.....

.....
За пациент:.....

(трите имена)

ЕГН:..... хоспитализиран в отделение.....

за периода от Г. до Г.

Приложения: 1. Пълномощно

2. Документ, удостоверяващ платена такса в размер на лв.*

* такса се дължи само при предоставяне услуга, която е посочена в индикативния списък на услуги, предоставяни от УМБАЛ „Канев“ АД с такса.

При подаване на настоящото заявление представих за справка и идентифициране като правоимащо лице:

Документ за самоличност и/или Акт за раждане, Удостоверение за наследници, Съдебно решение за настойничество/ попечителство.

(Вярното се подчертава)

Заявявам, че доброволно предоставям личните си данни и изразявам съгласие УМБАЛ „Канев“ АД да обработва, съхранява и архивира данните ми чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентираните си функции. Предварително съм информиран за целите и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и за правото ми на достъп до, на поправка и изтриване на данните.

Дата:.....

Заявител:.....