

Ustrzyki Dolne, dnia.....

.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

**DYREKTOR
SP ZOZ w Ustrzykach Dolnych**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO), zwracam się w uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej będącej w zasobach Archiwum Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych:

.....
.....
.....
.....
(nazwa, rodzaj dokumentacji)

Wyżej wymienione materiały zostaną wykorzystane do:

.....
.....
.....
.....
(cel wykorzystania dokumentacji)

.....
(podpis)