Poznań, dnia

…………………………………………………..

…………………………………….…………….

………………………………….……………….

(dane studenta, doktoranta lub słuchacza)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem 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), w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, na podstawie Art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 06.11.2008 o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.).

……..…………………….

(data i podpis)