

Załącznik nr 3 do PROCEDURY SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ SYS-03.1 POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SKARG I WNIOSKÓW – wzór upoważnienia

.....
miejsowość i data

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/podpisana*.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/zamieszkała*.....
(adres)

posiadający nr PESEL niniejszym upoważniam

Pana/Panią*.....zamieszkałą*/zamieszkałym*
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

legitymującym /legitymującą* się dowodem osobistym.....
(seria i numer dowodu tożsamość)

do wykonywana w moim imieniu następujących czynności związanych z moim pobytem w szpitalu
w dn.....na Oddziale/w Poradni /Pracowni.....

złożenia oficjalnej skargi, odbioru odpowiedzi a także do reprezentowania mnie w całym postępowaniu skargowym

uzyskiwania informacji o stanie zdrowia udzielanych świadczeniach zdrowych oraz rokowaniach, których skarga dotyczy

wglądu i wydania mojej pełnej dokumentacji medycznej, sporządzenia jej odpisów kopii lub wyciągów, której skarga dotyczy

Upoważnienie ważne jest do odwołania / do dnia*.....

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

właściwe zaznaczyć x

KLAUZULA INFORMACYJNA / ZGODA RODO

Upoważniający i upoważniony wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich przez Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. w celu rozpatrzenia złożonej skargi oraz prowadzenia niezbędnej korespondencji w tej sprawie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO). Przyjmują do wiadomości, że:

Administratorem danych osobowych jest Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia skargi i udzielenia odpowiedzi. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do zakończenia postępowania skargowego i archiwizacji dokumentacji zgodnie z przepisami prawa.

.....
(Własnoręczny podpis osoby upoważniającej)

.....
(Własnoręczny podpis osoby upoważnionej)