

....., dnia

Kierownik
NZOZ „Przychodnia Rodzinna”
ul. Słowackiego 20A
87-700 ALEKSANDRÓW KUJAWSKI

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH**

1. Wnioskodawca:

(nazwa podmiotu i jego siedziba)

2. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania informacji:

3. Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być udostępnione informacje:

4. Zakres żądanych informacji ze zbioru:

5. Forma przekazania lub udostępnienia informacji:

6. Imię, nazwisko osoby upoważnionej do pobrania informacji lub zapoznania się z ich treścią:

.....

(Imię i nazwisko, podpis)

Opinia Inspektora Ochrony Danych Osobowych:

.....
(Podpis IODO)

Decyzja Administratora danych:

.....
(Podpis Administratora danych)

Potwierdzenie odbioru danych osobowych:

.....
Data

.....
Imię i nazwisko, podpis