



**Wniosek opiekuna prawnego
o uzyskanie/anulowanie*
dostępu do elektronicznych danych pacjenta
z wykorzystaniem portalu e-Szpital**

Dane opiekuna prawnego:

Imię:**	
Nazwisko:**	
PESEL:**	
Rodzaj oraz nr dokumentu tożsamości:**	
Telefon:	
e-mail:**	

Oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym pacjenta(dziecka):

Imię:**	
Nazwisko:**	
PESEL:**	

Wnioskuje o wydanie certyfikatu potwierdzającego założenie konta

1. Proszę o utworzenie konta i uzyskanie dostępu do elektronicznych danych pacjenta z wykorzystaniem portalu e-Szpital w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej .
2. Jednorazowe hasło proszę przesłać na podany adres poczty elektronicznej.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb portalu e-szpital oraz oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem korzystania portalu e-szpital.

TAK NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

* odpowiednie podkreślić
** pola wymagane

.....
Data i podpis osoby pobierającej i zatwierdzającej wniosek

data wygaśnięcia:
(wypełnić w przypadku anulowania upoważnienia)

