

.....
(miejscowość, data)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/ny

zamieszkała/ły

legitymująca/cy się dowodem osobistym o numerze

upoważniam p.zatrudnioną w Wydziale Zarządu i Rozwoju Powiatu do występowania w moim imieniu do Zarządu Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o. z siedzibą w Kutnie, w celu uzyskania wszelkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, związanych z moim pobytem w okresiew KSS Sp. z o.o., które pozwolą na wyjaśnienie złożonej przeze mnie skargi/wniosku dotyczącej/go działania i funkcjonowania wyżej wymienionej placówki.

Ponadto oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Kutnie z siedzibą przy ul. Kościuszki 16 jest Starosta Kutnowski,
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, związanych z pobytem w KSS Sp. z o.o. zawartych w dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis)