Białystok, dnia ……………….

**Pan**

**Jan Kochanowicz**

**Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku**

**Ul. M. Skłodowskiej – Curie 24A**

**15-276 Białystok**

Wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku:

1. Składający wniosek:

* student/doktorant (imię, nazwisko, nr albumu, kierunek, wydział)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* pracownik Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (jednostka organizacyjna)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Cel dostępu do dokumentacji:

Dane niezbędne do realizacji projektu/badań naukowych pn. ………………….. realizowanego przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

1. Podstawa prawna przetwarzania danych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku:

art. 26 ust. 3a i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

1. Zakres wnioskowanych informacji

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

1. Sposób udostępnienia informacji

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Potwierdzenie dziekanatu/ Szkoły Doktorskiej*

*……………………………………………*

*Potwierdzenie jednostki administrującej projektem*

*……………………………….…………..*

*Potwierdzenie Kierownika Projektu*

*…………………………………………………….*

*Zgoda Dyrektora Szpitala*

*……………………………*