

## ŽIADOSŤ O PRENOS OSOBNÝCH ÚDAJOV

### IDENTIFIKÁCIA SPRÁVCU:

**Klinika impedančnej terapie s.r.o.**

NZZ, Karpatská 3265/15, 058 01 Poprad

IČO: 51 338 459, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, vložka č.: 126148/B

kontaktný e-mail: [kitklinika@gmail.com](mailto:kitklinika@gmail.com), telefón: +421 948 426548

### PACIENT:

meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

dátum narodenia: \_\_\_\_\_

bydlisko: \_\_\_\_\_

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA/OPATROVNÍK PACIENTA:

meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

dátum narodenia: \_\_\_\_\_

bydlisko: \_\_\_\_\_

vzťah k pacientovi: \_\_\_\_\_

Pacient týmto žiada správcu o prenos všetkých svojich osobných údajov, a to najmä údajov o zdravotnom stave.

Pacient žiada, aby boli jeho osobné údaje prenesené priamo k nasledujúcemu správcovi – ďalšiemu poskytovateľovi zdravotných služieb:

meno správcu: \_\_\_\_\_

adresa správcu: \_\_\_\_\_

email správcu: \_\_\_\_\_

Beriem na vedomie, že správca má na vybavenie tejto žiadosti 30 dní.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis pacienta/zákonného zástupcu (opatrovníka)