

## UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem 16.02.2023r. na podstawie art. 29 w związku z art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych

w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej **RODO** upoważniam Panią/Pana

---

(imię i nazwisko)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie pełnionych obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku, tj. uzyskuje Pani/Pan upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w czynnościach przetwarzania:

\_\_\_\_\_ dane pacjentów

(nazwa czynności przetwarzania)

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w zakresie: *zbieranie, utrwalanie*

*(w tym w systemach informatycznych), organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie.*

Zobowiązuję Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz z przepisami RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Kodeksu pracy, a także z Polityką bezpieczeństwa danych osobowych Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pani/Pana stosunku prawnego łączącego Panią/Pana z Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ.

.....  
pieczęć i podpis administratora danych