



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

<b>Imię:**</b>	
<b>Nazwisko:**</b>	
<b>PESEL:**</b>	
<b>Rodzaj oraz nr dokumentu tożsamości:**</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>e-mail:**</b>	

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 Zagłębiowskim Szpitalu Klinicznym.
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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis)

\* odpowiednio podkreślić  
\*\* pola wymagane

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

data wygaśnięcia: .....  
(wypełnić w przypadku anulowania upoważnienia)

