*,* dnia

 *(miejscowość)*

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

**ul. Płocka 11/13**

**01-231 Warszawa**

**WNIOSEK O WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO
PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA**

OZNACZENIE WNIOSKODAWCY[[1]](#footnote-1)

**Dane obowiązkowe:**

Imię ……………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………..

Adres korespondencyjny ……………………………………………………………………………….

**Dane dodatkowe:**

e-mail ………………………………………………………………………………………….....................

Nr telefonu (kom. lub stacjonarny) ……………………………………………………………….

OZNACZENIE PACJENTA, KTÓREGO PRAW SPRAWA DOTYCZY[[2]](#footnote-2)

**Dane obowiązkowe**

Imię …………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko ………………………………………………………………………………………………….

Adres ………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane dodatkowe:**

e-mail ………………………………………………………………………………………….................................

Nr telefonu (kom. lub stacjonarny) …………………………………………………………....................

**ZWIĘZŁY OPIS STANU FAKTYCZNEGO
UPRAWDOPODOBNIAJĄCY NARUSZENIE PRAW PACJENTA**

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

**Załączniki:**

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

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z rozpatrzeniem wniosku jest Rzecznik Praw Pacjenta, ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa. Informacje
o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o przysługujących prawach, dostępne są pod adresem <https://www.gov.pl/rpp/przetwarzanie-danych-osobowych>.

………………………………………..

Data i podpis wnioskodawcy

1. Wnioskodawcy (niebędącemu pacjentem, którego dotyczy wniosek) przysługuje prawo wniesienia zastrzeżenia o nieujawnianiu jego danych osobowych podmiotowi leczniczemu, którego dotyczy wniosek. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rzecznik Praw Pacjenta może odmówić ujawnienia danych osobowych pacjenta, w tym także organom władzy publicznej, na zasadach określonych w art. 52 ust. 3 ustawy z 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. [↑](#footnote-ref-2)