

Evidenční číslo žádosti		Datum přijetí požadavku	
-------------------------	--	-------------------------	--

Žadatel	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliště	
Číslo OP	
Telefonní kontakt	
E-mailová adresa	
Způsob komunikace	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> poštou <input type="checkbox"/> telefonicky

 Mé osoby.

Osobní vyřízení občanský průkaz, jinou formou úředně ověřený podpis.

 Osoba určená subjektem na základě úředně ověřené plné moci vztahující se k aktuální žádosti. Toto zmocnění zaniká úmrtím pacienta, nevyplývá-li ze znění plné moci jinak.

Úředně ověřená plná moc, občanský průkaz žadatele.

 Dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem.

Rodný list dítěte, občanský průkaz žadatele.

 Zemřelého pacienta, jako osoba blízká mám na informace nárok, není-li to vyloučeno dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Úmrtí list zemřelého, rodný list žadatele, občanský průkaz žadatele.

Subjekt	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliště	

Specifikace žádosti	
<input type="checkbox"/> přístup k osobním údajům	<input type="checkbox"/> omezení zpracování osobních údajů
<input type="checkbox"/> přenos osobních údajů	<input type="checkbox"/> přezkum automat. rozhodování
<input type="checkbox"/> oprava osobních údajů	<input type="checkbox"/> námitka proti zpracování osobních údajů
<input type="checkbox"/> výmaz osobních údajů	<input type="checkbox"/> odvolání souhlasu

**Popište, jakých údajů a jakého konkrétního zpracování se vaše žádost týká. Bez jednoznačného vysvětlení a zdůvodnění nemusíme být schopni vaši žádost vyřídit:**

**Odůvodnění:**

Ověření totožnosti			
Datum		Razítko, podpis	

Datum .....

Podpis žadatele/subjektu .....