Nuo........................................................................................., gim.data..................................................

Gyvenančio (-ios)....................................................................................................................................

(adresas, tel. Nr. )

VšĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės

Direktoriui

**PRAŠYMAS**

202 - -

Vilnius

Prašyčiau man išduoti ......................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

kopijas, kurios reikalingos ....................................................................................................................

(kokiam tikslui, kam pateikti)

Jūsų ligoninėje gydžiausi (stacionare, ambulatoriškai)..................m. .........................................

(pagal galimybę nurodomas mėnuo, diena)

................................................................................................... skyriuje (arba nurodomas profilis).

Su VšĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės direktoriaus 2022 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. TV-32/22 (1.18) „Dėl mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos viešojoje įstaigoje Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais) susipažinau, sutinku apmokėti kopijavimo išlaidas.

PRIDEDAMA:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Parašas)

Pastaba: jei paciento pavardė keitėsi, nurodoma esama ir buvusi gydymo Ligoninėje metu

* **Esu informuotas/-a**, kad mano asmens duomenys ir specialiųjų kategorijų asmens duomenys yra/bus tvarkomi Ligoninėje vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas), Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir kitais asmens duomenų tvarkymą ir apsaugą reglamentuojančiais Europos Sąjungos ir Lietuvos teisės aktais.