**ŽÁDOST o předání zdravotnické dokumentace**

1) **Předchozí poskytovatel zdravotních služeb**:

Jméno a příjmení (lékař)/název (společnost):
Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

2) **Nově zvolený poskytovatel zdravotních služeb:**

Jméno a příjmení (lékař)/název (společnost):
Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

 ……………………………………………………………………………………….

 Podpis a razítko nového poskytovatele zdravotních služeb

3) **Žadatel (titul, jméno a příjmení):**

Rodné číslo:

Telefon nebo email:

V: Dne:

 ………………………………………………………..

 Podpis žadatele/zákonného zástupce

Vyplněnou žádost s razítkem nebo kopií/scanem registračního lístku prosím zasílejte na adresu:

Krajský úřad Jihomoravského kraje

Odbor zdravotnictví

Žerotínovo náměstí 3, 601 82 Brno

Žádost lze také podat prostřednictvím datové schránky ID DS **x2pbqzq** nebo emailem na adresu: posta@jmk.cz)

**Poučení o zpracování osobních údajů**

Veškeré poskytnuté osobní údaje bude správce (Jihomoravský kraj, Žerotínovo nám. 3, 601 82 Brno, IČO: 70888337) zpracovávat v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (dále jen „obecné nařízení“) pro účely vyřízení žádosti o předání zdravotnické dokumentace. Právním základem pro toto zpracování je § 57 odst. 3 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Údaje nebudou poskytnuty třetím osobám a budou u správce uchovány po dobu nezbytnou k vyřízení žádosti. Subjekt údajů má v čl. 15 – čl. 21 obecného nařízení garantována svá práva, která může uplatňovat u správce. Subjekt údajů má také právo podat stížnost u dozorového orgánu.