Pašvaldības SIA "Ventspils poliklīnika"

Reģistrācijas Nr. 40003246298

Juridiskā adrese: Raiņa iela 6, Ventspils, LV-3601

E-pasts: [info@ventspilspoliklinika.lv](mailto:info@ventspilspoliklinika.lv)

PILNVARA

Ventspilī, 202     .gada      .          

Es            personas kods:               , (turpmāk-Pilnvaras devējs)

ar šo pilnvaroju                 personas kods:                (turpmāk-Pilnvarnieks)

Pavadīt manu bērnu                 vārds, uzvārds                (personas kods) uz ģimenes ārsta, ārsta – speciālista konsultācijām, funkcionālās un radioloģiskās diagnostikas izmeklējumiem.

Atļauju saņemt ārsta slēdzienu, izrakstu vai citu medicīnisko dokumentāciju, kas saistīta ar manu bērnu.

Pilnvara izdota bez tiesībām Pilnvarniekam nodot deleģētās tiesības tālāk.

Pilnvara ir derīga līdz                (norādīt datumu vai beztermiņa)

Apliecinu likumīga datu apstrādes pamata esamību Pilnvarnieka datu nodošanai pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika” un ka Pilnvarnieks:

1. ir iepazīstināts ar pilnvaras saturu un apjomu un apzinās pilnvarojuma būtību un sekas;
2. ir informēts, ka pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika” personu datu apstrādi veic saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas un Eiropas Savienības personu datu aizsardzības normatīvajiem aktiem.
3. Datu apstrādes mērķi: pilnvaras noformēšana, veselības datu nodošanas tiesiskuma ievērošana. Personas datu apstrādes tiesiskais pamats: Pacientu tiesību likuma 10.panta otrā daļa, Vispārīgās datu aizsardzības regulas 9.panta otrās daļas a) apakšpunkts.
4. Ir informēts par savām tiesībām personas datu apstrādē un to, ka informācija par personas datu apstrādi un datu subjekta tiesībām ir pieejama pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika” tīmekļa vietnē:

<https://www.ventspilspoliklinika.lv/par-mums/privatuma-politika/> )

Esmu informēts, ka man ir tiesības atsaukt savu izdoto pilnvaru, informējot par to pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika” .

Pilnvaras devēja paraksts                 , paraksta atšifrējums                