

Polityka bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie przy ul. Banacha 1a

Załącznik Nr 2

Protokół zmian danych osobowych w systemie

Zgłoszenie zmian w systemie .....				Nr ...../.....rok
Data	Nazwisko i imię osoby zgłaszającej	Miejsce	Telefon	Podpis

Zakres dokonanych zmian (\*zakreślić właściwy zakres)

Uzupełnienie (1)	Tak*	Nie*	Uaktualnienie (2)	Tak*	Nie*	Sprostowanie (3)	Tak*	Nie*	Usunięcie (4)	Tak*	Nie*
------------------	------	------	-------------------	------	------	------------------	------	------	---------------	------	------

Dane Pacjenta

Nr księgi	Pesel	Nazwisko i imię	Izba /Klinika/Statystyka

Uzasadnienie


Data

Podpis

(dokonania zmiany w systemie)

(osoba dokonująca zmian w systemie)