**ZAŁĄCZNIK NR 1 h**

**EWIDENCJA UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI ZE ZBIORÓW DANYCH OSOBOWYCH INNYCH NIŻ DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko/ nazwa wniosko-dawcy** | **Podstawa prawna wniosku o udostę-****pnienie** | **Sposób udostę-pnienia** | **Zakres udostę-pnienia** | **Data udostę-pnienia** | **Imię i nazwisko osoby przekazującej dokumentację**  | **Podpis osoby przekazującej dokumentację medyczną** | **Podpis Administra-****tora** | **Inne** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |