

**Załącznik 1A Porozumienie o anulowaniu powierzenia przetwarzania danych osobowych**

**Wykaz osób którym należy anulować możliwość  
dostępu do wyników on-line**

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Tytuł zawodowy/stanowisko np. lekarz, pielęgniarka, recepcjonistka	Numer PWZ (jeśli dotyczy)

Niniejszym potwierdzam, że w/w osoby mają anulowany dostęp za pomocą „kart dostępowych lekarza” do wyników badań zleconych przez Kontrahenta.

**Uwaga:** Zmiana wykazu osób upoważnionych po Stronie Kontrahenta wymaga każdorazowej aktualizacji niniejszego załącznika.

.....  
(data, pieczęć, podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Kontrahenta)