

Załącznik 1A do Porozumienia o powierzeniu przetwarzania danych osobowych

**Wykaz osób upoważnionych do otrzymania
karty 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 są upoważnione do dostępu za pomocą „kart dostępowych lekarza” do wyników badań zleconych przez Kontrahenta.

Jednocześnie upoważniam
(imię i nazwisko, tytuł zawodowy/stanowisko) do odbioru kart dostępowych dla w/w osób w imieniu Kontrahenta.

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

.....

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