

BEIÐNI UM AFHENDINGU PERSÓNUUPPLÝSINGA

Ég undirritaður/undirrituð

Nafn _____

Kt. _____

Óska hér með eftir aðgangi að þeim persónuupplýsingum sem Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu hefur unnið með er mig varða á eftirtöldum sviðum (vinsamlegast hakið við einn eða fleiri þætti):

Upplýsingar vegna veittrar þjónustu s.s. sjúkraskrá

Starfsmannaupplýsingar

Annað

(valkvætt – nánari upplýsingar um aðrar persónuupplýsingar sem skráði óskar eftir)

Áritun starfsmanns Heilsugæslunnar: _____

Móttekið dags. _____

Skilríki