**VOLIKIRI TERVISEANDMETEGA TUTVUMISEKS**

[kuupäev] *VÕI /digiallkirjastamise kuupäeval/*

**Esindatav** (edaspidi *patsient*):

nimi:

isikukood:

aadress:

e-post:

telefon:

**Esindaja:**

nimi:

isikukood:

aadress:

e-post:

telefon:

**Patsient annab käesolevaga esindajale volituse tutvuda patsiendi terviseandmetega, mis asuvad Medicum Perearstikeskus AS-i (edaspidi *Medicum Perearstikeskus*) valduses.**

Volitus hõlmab õigust saada Medicum Perearstikeskuselt patsiendi tervise kohta infot ja ärakirju. Patsiendi terviseandmed on eriliiki isikuandmed Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmääruse (679/2016) tähenduses. Patsiendi õiguste kohta seoses tema isikuandmete töötlemisega Medicum Perearstikeskuses saab lugeda Medicum Perearstikeskuse privaatsuspoliitikast, mis on kättesaadav Medicum Perearstikeskuse kodulehel ja registratuurides.

Esindajal puudub edasivolitamise õigus.

Volikiri on väljastatud tähtajatult.

Patsiendil on õigus volitus igal ajal tagasi võtta. Volitus kehtib, kuni volitust ei ole Medicum Perearstikeskusele esitatud kirjaliku digitaalselt allkirjastatud avaldusega tagasi võetud või volituse lõppemisest Medicum Perearstikeskust allolevatel kontaktandmetel teavitatud.

Allkiri:

VÕI

*/allkirjastatud digitaalselt/*