

# Adatlap

## a MOK tagja (orvos) ellen benyújtott panaszhoz

**A panaszos személyi adatai:**

(név, lakcím)

**A panaszos elérhetősége:**

(levelezési cím, telefonszám, email cím)

**A panaszolt orvos neve és orvosi pecsétjének száma:**

**A panaszolt cselekmény vagy mulasztás rövid leírása:**

(Az elkövetés helyének és idejének megjelölésével)

**Adatkezelési nyilatkozat:**

Aláírással kijelentem, hogy a panasszal érintett egészségügyi adatok kezelésére, továbbítására jogosult vagyok, mint érintett, önkéntesen hozzájárulok azok kezeléséhez a panaszom elbírálása érdekében az eljárásban résztvevők és az eljárással érintett személyek számára teljeskörűen megismerhetők és kezelhetők. Tudomásul veszem, hogy

- az etikai eljárásban keletkezett iratok, különös tekintettel a Bizottság döntését tartalmazó iratra, közérdekből – a személyes és különleges adatok nélkül – bárki számára jogszabályokban meghatározott korlátozásokkal megismerhetők,
- számomra az iratok megtekintése az eljárás során biztosított a MOK Pest Megyei Területi Szervezet hivatali helyiségében (1115 Budapest, Fraknó u. 26/B. fszt. 3. előzetesen egyeztetett időpontban)
- személyes (ezen belül egészségügyi) adataimat a fent megnevezett orvos etikai felelősségének vizsgálata céljából kezeli a MOK illetékes Etikai Bizottsága, a vizsgálat időtartama és az azt követő – az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvényben meghatározott elévülési idő – elteltéig,
- személyes adatok kezelése zárt rendszerben történik, azok illetéktelen személyek számára nem megismerhető módon,
- az adatkezelés során kérhetem adatai kijavítását, módosítását és törlését.

dátum

aláírás