

Szpital Barlinek Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 10  
74-320 Barlinek

**Wniosek o zabezpieczenie danych z monitoringu**

Wnioskodawca (imię i nazwisko, PESEL, adres do kontaktu, telefon, adres poczty elektronicznej):

.....  
.....

Data zdarzenia, przybliżony czas zdarzenia:

.....  
.....

Miejsce zdarzenia:

.....  
.....

Opis zdarzenia:

.....  
.....

Sygnatura, oznaczenia zgłoszenia zdarzenia, data zgłoszenia zdarzenia do uprawnionej instytucji, organu:

.....  
.....

.....  
Data, czytelny podpis