

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Z SPZOZ GOZ W KOŃSKOWOLI**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej i okres leczenia:

.....

.....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko oraz seria i numer dowodu osobistego

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM WYDANIE DOKUMENTACJI:

data i podpis osoby pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI:

data i podpis osoby odbierającej dokumentację