



Poznań, dnia 20.... r.

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy.....
Miejsce zamieszkania.....
Telefon kontaktowy**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

 kopii wyciągu odpisu wydruku odbiór osobisty przesyłka pocztowa za potwierdzeniem odbioru

Nazwisko i imię Pacjenta :

Pesel:

Miejsce zamieszkania:

z:

1) Poradni:

z okresu od do

2) Oddziału:

z okresu od do

3) Inne

.....
(czytelny podpis)

Załącznik:

 upoważnienie z numerem dowodu osobistego osoby upoważnionej (odbiór dokumentacji jest możliwy za okazaniem dokumentu tożsamości ze zdjęciem i upoważnieniem osoby zainteresowanej)**Koszt jednej strony kopii – 0,30 zł.**

Udostępnienie dokumentacji medycznej jest realizowane w możliwie najkrótszym czasie.

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.....
Data i Podpis pracownika wydającego.....
Czytelny podpis odbierającego