

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

*(pacjent lub osoba upoważniona przez pacjenta)*

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:.....

**WNIOSKUJĘ O:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

· nazwa oddziału/poradni/pracowni.....

· okres leczenia .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście

- odbierze osoba upoważniona:

– imię i z nazwisko osoby upoważnionej: .....

– numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem,
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej kserokopii dokumentacji w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie dokumentu tożsamości .....

.....  
data i podpis pracownika