



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SERCE SERCU
32-031 Mogilany, ul. Rynek 4, tel. 12/270-06-25
32-050 Skawina, ul. 29-listopada 9, tel. 12/307-05-55
32-020 Gorzków 242, tel. 12/250-20-83

Miejscowość....., dniaroku

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji

Imię i Nazwisko: PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Dane pacjenta NZOZ SERCE SERCU, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: e-mail:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o:

- wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**
- udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

z leczenia w Poradni

Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Serce Sercu.

Rodzaj dokumentacji:

za okres od: do:

- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres
- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
- Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o wysokości opłaty z tytułu pobrania kserokopii dokumentacji medycznej, która wynosi 0,50 groszy za stronę kopii (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data, czytelny podpis odbierającego