

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Proszę o:

- wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**
- sporządzenie i wydanie **odpisu dokumentacji medycznej**
- udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

za okres od ..... do .....

Cel wydania dokumentacji: .....

- 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 zapoznałam się z obowiązującym w Centrum Sp. z o.o. w Kościanie Regulaminem Organizacyjnym oraz cennikiem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kserokopii (odpisu) dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).**

Kościan, dnia ..... roku

.....  
podpis wnioskodawcy