

WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Nr PESEL _____ Telefon kontaktowy: _____

DO:

(nazwa i adres przedsiębiorstwa)

Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

nr PESEL _____

(wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca zwraca się jako przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

(historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne – podać jakich)

Forma udostępnienie dokumentacji medycznej:

- wgląd na miejscu
(bezpłatnie,
pod nadzorem pracownika)

- wydanie kopii/wydruku * (płatnie zgodnie z Cennikiem) *zaznaczyć właściwe*
 wydanie wyciągu/odpisu ** (płatnie zgodnie z Cennikiem) *zaznaczyć właściwe*
 wydanie kopii / wyciągu / odpisu / na informatycznym nośniku danych***
(płatnie zgodnie z Cennikiem) *(zaznaczyć właściwe)*

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
 odbierze osoba przeze mnie upoważniona
 proszę o przesłanie na adres zamieszkania podany we wniosku

*wydania kserokopii/wydruku dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem) – 0,30 zł za 1 stronę kopii/wydruku

**sporządzania dokumentacji w formie wyciągu (kopia części dokumentacji z informacją z jakiego dokumentu została wykonana)/odpisu – 8,00 zł za 1 stronę wyciągu

***wydanie dokumentacji medycznej na CD – 1,80 zł

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA

Tożsamość Wnioskodawcy stwierdzono na podstawie:

_____ nr _____
rodzaj dokumentu tożsamości

W przypadku wydania kopii, wyciągu, odpisu:

Ilość stron wydanej dokumentacji: _____

Opłatę wniesiono w wysokości : _____

gotówką: _____ / przelewem: _____
numer dowodu wpłaty data wpływu

(data i czytelny podpis pracownika udostępniającego)

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)