

Wieluń, dnia

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)*

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Wieluniu**

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej – kserokopii dokumentacji* odpisu* wyciągu* na informatycznym nośniku danych (CD)* za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej* wypożyczenie zdjęć rtg*, dotyczącej

Pana/Pani

adres

urodzonego/urodzonej dnia w

przebywającego/przebywającej w oddziale

w okresie

korzystającego/korzystającej z Poradni

w okresie

korzystającego/korzystającej z Ambulatorium urazowego* internistycznego* w dniu

wydanie karty zlecenia wyjazdu karetki pogotowia do pacjenta w dniu

Stosunek pokrewieństwa do osoby, której dotyczy dokumentacja lub dokument upoważniający do otrzymania dokumentacji lub powołanie się na zapis w dokumentacji o ustnym upoważnieniu do otrzymania dokumentacji

.....
podpis Wnioskodawcy

Opłata za wykonanie kserokopii/odpisu/wyciągu w kwocie

Dokumenty wydano w dniu:

Potwierdzam odbiór dokumentacji

.....
(podpis osoby wydającej dokument)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokument)