

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

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:

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- Jaki jest cel pobierania dokumentacji

.....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:

.....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Sopat sp. z o.o.,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą) zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej,
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy