

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

Wrocław, dnia

.....
Pesel

.....
Adres Zamieszkania

.....
Telefon

**Przychodnia
Specjalistyczno-Rehabilitacyjna
PULSANTIS Sp. z o. o.
ul. Ostrowskiego 3
53-238 Wrocław**

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej poradni.....

..... za okres

Pacjenta (imię i nazwisko)

PESEL zamieszkałego

Przygotowaną dokumentację medyczną odbiorę osobiście / poprzez osobę przeze mnie

upoważnioną* tj. Pana/Panią*

legitymującą się dow. osob. nr wystawionym przez

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty, jeżeli taka jest przewidziana prawnie, za wydanie kserokopii dokumentów w wysokości za stronę, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417).

*niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis wnioskującego

.....
Czytelny podpis przyjmującego wniosek

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionej dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis wydającego

.....
Data i czytelny podpis odbierającego