

Warszawa, dnia .....



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

### 1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nr PESEL .....

### 2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nr PESEL .....

### 5. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej

### 6. Dokumentacja (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

zostanie odebrana osobiście

proszę o wysłanie drogą elektroniczną, niechronioną na adres e-mail:

.....

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej osobę:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

.....

Numer i seria dowodu osobistego osoby upoważnionej:

.....

.....  
Data i podpis Wnioskodawcy

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację