

.....
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.....

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

.....
Podpis wnioskującego

.....
Podpis przyjmującego wniosek

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionej dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis wydającego dokumentację

.....
Data i podpis odbierającego dokumentację