

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
w SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie**

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

z leczenia

.....
określenie rodzaju żądanej dokumentacji ze wskazaniem okresu czasu

Zostałem/lam poinformowany/na o wysokości opłat związanych z wydaniem dokumentacji.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

Tożsamość osoby składającej wniosek ustalono na podstawie przedstawionego dokumentu

.....
nazwa i nr dokumentu

Sprawdzenie uprawnień do otrzymania dokumentacji

wydania żąda pacjent

wydania żąda opiekun prawny

wydania żąda osoba upoważniona

wydania żąda osoba nieuprawniona

.....
podpis osoby sprawdzającej

Wykonano kserokopię dokumentacji medycznej nr stron:

Pobrano w kasie opłatę w wysokości:zł, nr paragonu:

Oplata zgodnie z obowiązującymi przepisami

.....
miejsowość, data

.....
data, podpis osoby wydającej

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionych dokumentów

.....
data, podpis osoby odbierającej