

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy
2. adres wnioskodawcy
3. PESEL
4. nr telefonu

.....
decyzja Dyrektora SP ZOZ w Kolbuszowej
lub upoważnionej przez niego osoby

**Dyrektor SP ZOZ w Kolbuszowej
ul. Grunwaldzka 4, 36-100 Kolbuszowa**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej :

-/imię i nazwisko/
-/Pesel/
-/adres/
-/poradni, szpitala itp./
-/całości lub wskazanie rodzaju dokumentów lub numeru kart/

w następującej formie:/ właściwe PODKREŚLIĆ/

- kserokopii
- odpisu
- wyciągu
- do wglądu w siedzibie SP ZOZ w Kolbuszowej,
- wydanie oryginału za pozostawieniem kopii
- wydanie nośnika danych w formie elektronicznej /płyta CD lub DVD/
-/inne/

w celu

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Zostałem/łam upoważniony/a przez/imię, nazwisko, pesel/
do uzyskania, w tym odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej

...../imię nazwisko, pesel/.

W załączeniu przedkładam ww. upoważnienie.

.....
/podpis wnioskodawcy/

Kolbuszowa, dnia

Potwierdzam odbiór/zapoznanie się z dokumentacją medyczną objętą wnioskiem
/właściwe podkreślić/

.....
/ czytelny podpis, data/

L.ks.gł.L.Poz.arch

Potwierdzam dokonanie wpłaty kwoty zł.

Uwagi

/data i podpis pracownika SP ZOZ w Kolbuszowej/.....