

Poznań, dnia  r.

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Miejscze zamieszkania

Telefon kontaktowy

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- kopii  oryginału  
 odbiór osobisty  przesyłka pocztowa pobraniowa

Nazwisko i imię Pacjenta:

Data urodzenia:

Miejscze zamieszkania:

z:

1. Poradni:

2. Oddziału:

z okresu od:

do:

(czytelny podpis)

Załącznik:

- upoważnienie z numerem dowodu osobistego osoby upoważnionej**  
(odbiór dokumentacji jest możliwy za okazaniem dokumentu tożsamości ze zdjęciem i upoważnienia osoby zainteresowanej)

**Uwaga:** W przypadku różnicy kosztów przesyłki pocztowej, Szpital zobowiązuje się do wystawienia faktury korygującej do wysokości faktycznie poniesionych kosztów opłaty pocztowej przez Wnioskodawcę

## POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- kopii  oryginału

Oryginał dokumentacji zobowiązuję się zwrócić  
po wykorzystaniu tj. do dnia

Podpis pracownika wydającego

Czytelny podpis odbierającego