

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres pacjenta

.....
PESEL

.....
Nr dowodu tożsamości

**Do Dyrekcji
SPZZOZ w Nisku**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej sporządzonej w SPZZOZ w Nisku w okresie
w oddziale/poradni*

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się pokryć koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji.

Do odbioru dokumentacji upoważniam
imię i nazwisko upoważnionej

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam tożsamość osoby odbierającej

- rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

Kwota do zapłaty:

.....
podpis pracownika SPZZOZ w Nisku

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej