

Nisko, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres pacjenta

.....
PESEL

**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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z wymogami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

Do odbioru dokumentacji upoważniam

imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
Data i czytelny podpis

Kwota do zapłaty

.....
Podpis pracownika SPZZOZ w Nisku