



CENTRUM MEDYCZNE SERCE SERCU SP. Z O.O.
32-031 Mogilany, Rynek 4, tel. 12 270 06 25
32-020 Wieliczka, ul. Leśna 1A, tel. 12 385 80 40

.....
(Miejscowość i data)

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Dane pacjenta CM SERCE SERCU, którego dotyczy dokumentacja

(wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: e-mail:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
 udostępnienie dokumentacji do wglądu

z leczenia w Poradni w CM SERCE SERCU.

Rodzaj dokumentacji:.....

za okres od: do

- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres
 Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
 Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o wysokości opłaty z tytułu pobrania kserokopii dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
(data, czytelny podpis odbierającego)