

Dane wnioskodawcy:

Białystok, dn.....

.....

.....

.....

PESEL:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Zespolony
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Curie-Skłodowskiej 26
15-950 Białystok

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z LECZENIA**

1. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

2. Pobyt w szpitalu / leczenie ambulatoryjne w poradniach specjalistycznych

Oddział / Poradnia:

Okres pobytu:

3. Rodzaj dokumentacji medycznej: kopia, wyciąg, odpis ¹⁾

4. Do jakich celów dokumentacja zostanie wykorzystania?

.....

OŚWIADCZENIE:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem. Dokumentację odbiorę w ciągu 14 dni. W przypadku niezgłoszenia się proszę o przesłanie przedmiotowych dokumentów na ww. adres wraz z fakturą.

.....

Podpis wnioskodawcy

1) właściwe podkreślić