

	<b>FORMULARZ</b>	P-02/PB/F-02
	<b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>	Wersja II obowiązująca od 1.10.2019r. Strona 1 z 1

Wypełnia pracownik „MEDIPOZ”:  
**TERMIN ODBIORU:**.....  
**Wpłynęło do sekretariatu:** .....  
**Nr wniosku:** .....

Czerwionka, dnia .....  
*Miejscowość, data*

Imię i nazwisko: .....  
PESEL lub dowód tożsamości.....  
Telefon: .....

Do Administratora Danych Osobowych:  
„MEDIPOZ” Sp. z o.o.  
ul. 3 Maja 36c  
44-230 Czerwionka-Leszczyny

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ..... egzemplarzy kopii dokumentacji medycznej w formie: **(\* właściwie podkreślić)**

- uwierzytelnionej / niewierzytelnionej \*
- z wynikami badań / bez wyników badań\*
- z wypisami szpitalnymi / bez wypisów szpitalnych \*

sporządzonej w „MEDIPOZ” Poradni .....  
w okresie .....

Oświadczam, iż akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii powyższej dokumentacji zgodnie z obowiązującym w „MEDIPOZ” Sp. z o.o. cennikiem.

.....  
(czytelny podpis pracownika  
„MEDIPOZ” przyjmującego wniosek)

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

**Data i podpis pracownika odbierającego ksero z sekretariatu:** .....

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej w dniu .....

*Sprawdzono zgodność danych osobowych osoby  
upoważnionej do odbioru dokumentacji z okazanym  
dowodem tożsamości.\**

Ilość stron:  
Uwierzytelnienie: TAK                      NIE  
Kopia bezpłatna: TAK                      NIE                      CZĘŚCIOWO  
Do zapłaty:

.....  
\* (Czytelny podpis pracownika „MEDIPOZ”)

.....  
(Podpis odbierającego)