

	FORMULARZ	P-01/PB/F-01
	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wersja I obowiązująca od 25.05.2018r.
		Strona 1 z 2

TERMIN ODBIORU:.....
(wypełnia pracownik „MEDIPOZ”)

Czerwionka, dnia
Miejscowość, data

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

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

w celu

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)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej w dniu

Ilość stron:
Uwierzytelnienie: TAK NIE
Do zapłaty:

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

.....
(Podpis pracownika „MEDIPOZ”)

.....
(Podpis odbierającego)