

Warszawa, dnia r.

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

PESEL Telefon

Adres zamieszkania

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej sporządzonej w **Centrum Medycznym IPS w Warszawie przy ul. Korzona 111** w okresie /całej dokumentacji*.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia kserokopii (ew. kosztów przesyłki).**

Niniejszą kserokopię dokumentacji medycznej:

- odbiorę osobiście*
- proszę przelać na adres*:
- upoważniam* do odbioru Pana/Panią

legitymującego/cą się dokumentem tożsamości o nr

* *niepotrzebne skreślić*

** *Zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym: 1 str. x 30 gr., koszty przesyłki (list polecony za potwierdzeniem odbioru) 10 zł.*

.....
/Czytelny podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

.....
/Pieczęć i podpis lekarza/

Ilość stron:

Kserokopię dokumentacji medycznej otrzymałem. Uiszczyłem opłatę w wysokości: zł.

.....
/Data i podpis wnioskodawcy/