

Warszawa, dnia r.

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

PESEL Telefon

Adres zamieszkania

WNIOSK

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

Niniejszą kserokopię dokumentacji medycznej:

- odbiorę osobiście*
- proszę przesać na adres*:

jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z wysyłką (list polecony za potwierdzeniem odbioru - 10 zł.)

- upoważniam* do odbioru Pana/Panią

legitymującego/cą się dokumentem tożsamości o nr

* niepotrzebne skreślić

.....
/Czytelny podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

.....
/Pieczęć i podpis lekarza/

Kserokopię dokumentacji medycznej otrzymałam/em.

.....
/Data i podpis wnioskodawcy/

Pierwsza kopia dokumentacji medycznej jest darmowa. Przy następnym udostępnieniu tych samych dokumentów pobieramy opłatę w wysokości 30 gr. za stronę.

Kolejna kopia. Ilość stron Opłata w wysokości: