

Warszawa, dnia r.

Dane Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:

Imię Nazwisko

PESEL Telefon

W N I O S E K

Zwracam się z prośbą o **wydanie kserokopii dokumentacji medycznej** sporządzonej w Centrum Medycznym IPS w Warszawie **Poradnia LEKARZA POZ/Poradnia Zdrowia Psychicznego***

- w okresie*
- całej dokumentacji*

Niniejszą kserokopię dokumentacji medycznej, poświadczoną za zgodność z oryginałem:

- odbiorę osobiście*
- upoważniam* do odbioru Pana/Panią
legitymującego/cą się dokumentem tożsamości o nr,
- proszę przesać na adres*:
jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z wysyłką
(*list polecony za potwierdzeniem odbioru - 15 zł.*)

* *zakreślić właściwe*

.....
/Czytelny podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

/Pieczęć i podpis lekarza/

<i>Kopię dokumentacji medycznej wydałam.</i>	<i>Kopię dokumentacji medycznej odebrałam/łem</i>
<i>Data + podpis pracownika</i>	<i>Data + podpis odbierającego</i>

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: