



**WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

Numer dokumentu tożsamości

Kontakt:

Adres zamieszkania:

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginałów indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia:

- mojej;
- pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym;
- pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji medycznej.

Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko pacjenta:

Numer PESEL pacjenta:

.....
miejsowość,

.....
data podpis osoby składającej wniosek

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu odebrałem/am dokumentację medyczną pacjenta:

.....

*miejsowość, data i podpis osoby wydającej
dokumentację*

*miejsowość, data i podpis osoby odbierającej
dokumentację*