

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres

PESEL.....

wnoszę o przygotowanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku z poradni

z okresu

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w SGPZOX w Brzostku.

.....
Data i podpis wnioskodawcy
tego wniosek

.....
Data i podpis pracownika przyjmują-

Podstawa prawna Art. 28 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2017 poz. 1318 j.t.

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej z poradni
z okresu

.....
Data i podpis odbierającego
wniosek

.....
Data i podpis pracownika wydającego