

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Koszt wysyłki to cena listu poleconego wg cennika poczty polskiej oraz koszt koperty rozmiar minimum C5.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie załączone do wniosku.

Naliczono opłaty w wysokości:

Nie pobrano opłaty

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: *(rodzaj i numer dokumentu)*

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację