

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL: Nr telefonu:

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL prosimy podać dane dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Rodzaj dokumentu: Numer:

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

- mojej
- pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym*
- pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia*

***Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:**

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby składającej wniosek

OŚWIADCZENIE

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

.....

Liczba stron dokumentacji:

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby wydającej dokumentację