

Dane osoby wnioskującej:

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(aktualny adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

Wpłynęło
L. dz.
Termin wykonania

Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(aktualny adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

**SKŁADNICA AKT
„AR-POS” Spółka z o. o.
ul. Zawiszy Czarnego 20F
35-082 Rzeszów**

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Zwracam się z wnioskiem o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej od.....
(podać specjalistę)
- wydanie odpisów dokumentacji medycznej od.....
(podać specjalistę)
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu od.....
(podać specjalistę)
- inne.....

z okresu
(wpisać: „cały okres leczenia” lub podać z jakiego okresu przygotować dokumenty)

- W/w dokumenty: proszę przesłać pocztą odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona

Oświadczam, iż:
1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii/odpisów ww. dokumentacji, zgodnie z cennikiem obowiązującym w składnicy akt „AR-POS” Sp. z o. o.;

2. w przypadku wysłania dokumentacji pocztą pokryję koszty przesyłki pocztowej;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej
 - upoważnienie przy niniejszym wniosku

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)