

Gliwice, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Pesel lub data urodzenia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

**Dyrektor  
NZOZ VITO-MED Sp. z o.o.  
ul. Radiowa 2  
44-100 Gliwice**

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko .....

Pesel .....

Z .....  
/ nazwa Poradni/ Pracowni/Oddziału

za okres .....

Dokumentację odbiorę osobiście

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej

upoważniam\* .....

legitymującą/cym się dow. osobistym nr .....

Równocześnie zobowiązuje się do zapłaty opłaty wynikającej z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.), tytułem pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis osoby wnioskującej

Zgoda Dyrektora/osoby przez Dyrektora upoważnionej .....

Liczba stron...../ opłata .....

(wypełnia pracownik danej komórki organizacyjnej)

\*właściwe zakresł