Załącznik Nr 1

Imię i nazwisko pacjenta ……..……..…….……

nr PESEL: ……**tel. kontaktowy** …….…….…….……...

Adres zamieszkania…….……

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o:

wydanie kopii/odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej*

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać pocztą
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko:…….numer

PESEL:…….

Oświadczam, iż:

1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w RosaMed Clinic
2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

…….....

……..……..……

miejscowość, data **podpis wnioskodawcy**

*właściwe podkreślić

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

□ wysłana pocztą na wskazany adres,

□ odebrana osobiście przez pacjenta,

□ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy/innego dokumentu*

Naliczono opłaty w wysokości: ……

…….

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

……..
data i podpis osoby odbierającej dokumentację