

**WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(przeznaczonej do zniszczenia)**

**Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowskiego im. dr Adama Szebesty
w Rabce-Zdroju sp. z o.o.**

Dane osoby wnioskującej

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Tel. kontaktowye-mail.....

Dane umożliwiające identyfikację osoby wnioskującej w oparciu o dowód osobisty lub inny dokument urzędowy ze zdjęciem.....

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, nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

okres pobytu

.....

(miejscowość , data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu.....odebrałem dokumentację medyczną
pacjenta.....

Liczba stron dokumentacji.....

.....

(miejscowość , data)

.....

(podpis odbierającego dokumentację)

.....
(podpis osoby wydającej dokumentację)
