



SZPITAL PUCKI
Sp. z o.o.

Puck dnia

Do Dyrekcji

Szpitala Puckiego Sp. z o.o.

WNIOSEK

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej z Poradni/ Oddziału:

.....

Z okresu.....

Dotyczącej Pana/Pani

Adres

PESEL..... Tel kontaktowy.....

Szpital Pucki Sp. z o.o. informuje, że każda pierwsza kopia dokumentacji medycznej wydawana jest na wniosek osoby zainteresowanej bezpłatnie*, natomiast za wydanie każdej następnej osoba zainteresowana zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem szpitala.

.....
podpis wnioskującego

Wyrażam zgodę na wydanie kopii dokumentacji

.....
podpis Dyrektora

W razie braku możliwości odebrania przeze mnie osobiście dokumentacji, upoważniam Pana/Panią
....., legitymującą się dowodem osobistym
.....do odbioru dokumentacji wskazanej we wniosku za mnie

.....
podpis wnioskującego

Wydano kopię dokumentacji nr, dnia.....

.....
podpis osoby wydającej

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji

data i czytelny podpis osoby odbierającej

*RODO