



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŻNY
w Warszawie

Załącznik nr 1

**Podanie o wydanie oryginału /kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem/kserokopii
dokumentacji medycznej**

.....
/Miejscowość i data/

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy wnioskowana dokumentacja:.....

Dane identyfikujące pacjenta (PESEL, adres zameldowania).....

Oddział/Poradnia Szpitala, gdzie leczony był pacjent, którego wnioskowana dokumentacja
dotyczy:.....

Okres powstania wnioskowanej dokumentacji (miesiąc i rok).....

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji:.....

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr.....

Zwracam się z prośbą o wydanie /kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem/kserokopii/
oryginału/ dokumentacji medycznej, jej części (właściwe zakreślić).

Dane do wysyłki.....

Tel. kontaktowy.....

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z cennikiem opłat za wydany dokument i zobowiązuję
się do zapłaty określonej kwoty.

.....
/podpis osoby przyjmującej wniosek/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/