

Warszawa, dnia:

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL lub data urodzenia w razie braku nr PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu do kontaktu:

.....

Dyrektor
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej i/lub badań obrazowych / z leczenia
w WIM-PIB Warszawa:

☐ Klinika / Oddział / Zakład:w terminie.....
okres leczenia

☐ Poradnia:w terminie.....
okres leczenia

Kopię dokumentacji medycznej (*proszę zakreślić właściwy kwadracik*)

- ☐ Odbiorę osobiście
- ☐ Odbierze osoba upoważniona przeze mnie
- ☐ Proszę wysłać na adres zamieszczony w nagłówku

- Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o kosztach wydania kopii dokumentacji medycznej.
- Zostałam/-em także poinformowana/-y, że w przypadku wyboru opcji wysyłki, zamówionej dokumentacji, na wskazany adres, koszty ponosi osoba wnioskująca, zgodnie z cennikiem i zobowiązuję się do ich pokrycia na podstawie faktury.

.....
Podpis osoby składającej wniosek

POLA PONIŻEJ WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY WNIOSEK

Wniosek złożył/a Pan/i :

Dane osoby wnioskującej zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości

.....
Czytelny podpis pracownika

OSOBISTY ODBIÓR DOKUMENTACJI

Dokumentację wydał/a

Dokumentację otrzymałem/am

.....
Data i czytelny podpis pracownika
uprawnionego do udostępnienia dokumentacji

.....
Data i czytelny podpis osoby uprawnionej do odbioru
dokumentacji