

Med-Skarpa spółka z o.o
os. Na Skarpie 6
31-909 Kraków

Kraków, dnia

Imię i Nazwisko

Pesel

Adres

Numer kontaktowy

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń zdrowotnych udzielonych *mi / osobie, której jestem przedstawicielem ustawowym / osobie, która upoważniła mnie do pozyskania dokumentacji medycznej.*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zostałem poinformowany/a o wysokości opłaty za wydanie kopii dokumentacji medycznej. Zobowiązuje się do odbioru dokumentacji medycznej w określonym terminie. W przypadku braku przygotowanej dokumentacji medycznej w terminie zobowiązuje się do pokrycia jej kosztów wytworzenia.

.....
Data i Podpis

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Data i Podpis