



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA ZEWNĄTRZ

Dane organu lub podmiotu uprawnionego

.....
nazwa organu lub podmiotu oraz adres

.....
imię i nazwisko pracownika upoważnionego do pobrania oryginału

Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym seria nr oświadczam, że otrzymałem
oryginał dokumentacji medycznej pacjenta
imię i nazwisko, data urodzenia

Rodzaj dokumentacji, ilość stron

Cel udostępnienia

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad poufności oraz ochrony danych osobowych i zwrócenia dokumentacji
w postaci kompletnej i nieuszkodzonej, do dnia 20 r.,

Data:.....20.....r.
odbierającej *podpis osoby*

Potwierdzam odbiór ww. wymienionych akt

.....
podpis osoby odbierającej

Adnotacje o zwrocie akt :

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

Akta zwrócono		
..... <i>Podpis oddającego</i>	Dnia...../.....20.....r. <i>Podpis odbierającego</i>