

Gdańsk, dnia..... r

## WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Uprzejmie proszę o przesłanie na mój koszt kserokopii dokumentacji medycznej na adres:

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

Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie będą obciążały Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku. Zobowiązuję się również na uiszczenie opłaty w związku z przygotowaniem kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
występującej z wnioskiem

\* *niepotrzebne skreślić*  
\* *wypełniać drukowanymi literami*

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia 25/2009 z dnia 23 lipca 2009 r. - „Wniosek o przesłanie kopii dokumentacji medycznej”