

Oświadczam, że zobowiązuje się do poniesienia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy cennikiem opłat.

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Akceptacja Dyrektora/Dyrektora ds. Lecznictwa.....

II. UPOWAŻNIENIE -Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej (wypełnia wnioskodawca)

Ja niżej podpisany/na.....PESEL.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer.....seria.....

upoważniam

Pana/Panią.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

do odbioru dokumentacji medycznej
(rodzaj dokumentacji medycznej)

Data i czytelny podpis osoby upoważniającej do odbioru dokumentacji:.....

III. PRACOWNIK SPZOZ w SŁUPCY UDOSTĘPNIAJĄCY DOKUMENTACJĘ (* niepotrzebne skreślić)

Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono _____ stron kserokopii*/ wyciągu*/ odpisu* dokumentacji medycznej

Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ za udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Potwierdzenie wydania dokumentacji - Data wydania dokumentów.....

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację.....

Dokumentację wysłano listem poleconym (za potwierdzeniem odbioru)

nr nadawczy..... dnia.....

.....
Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację