WNIOSEK WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / AKTOWEJ**

I. Wnioskodawca: .....

/ Nazwisko i imię /

.....

/Adres zamieszkania /

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej / aktowej: ksero, oryginału / nośnik CD/DVD, w formie elektronicznego zapisu drogą e-mailową, dotyczącej: ** .....

.....

/ Nazwisko i imię / PESEL /

Rodzaj dokumentacji .....

Cel wydania .....

Powstałej ..... z lat .....

/ komórka organizacja "Pro-Medica" w Ełku Sp. z o.o. /

i upoważniam do jej odbioru* .....

/ Nazwisko i imię / PESEL / Nr Dowodu Osobistego /

- proszę o przesłanie jej na adres:
  .....
  / poleconym / płatne przy odbiorze /
- drogą e-mailową na adres:
  .....
- dokumentacje odbiorę osobiście

(Data i podpis wnioskodawcy)

II. Wydanie dokumentacji

1. Data wydania dokumentacji medycznej / aktowej: oryginał, kopia, nośnik CD/DVD, w formie elektronicznego zapisu drogą e-mailową, ** ….....
2. Ilość Kart ….....
3. Stan techniczny ….....

….....

(Czytelny podpis osoby uprawnionej do wydania dokumentacji)

II. Odbiór dokumentacji

1. Osoba odbierająca dokumentację medyczną / aktową: oryginał, kopia, nośnik CD/DVD, w formie elektronicznego zapisu drogą e-mailową, ** ….....

….....

(Data i czytelny podpis osoby odbierającej)

* Wypełnia się w przypadkach, gdy wnioskodawca nie może odebrać dokumentacji osobiście.

** Właściwe podkreślić.