

....., dnia 20....r.

Wnioskodawca

(imię i nazwisko, dokładny adres zamieszkania i telefon kontaktowy
albo nazwa organizacji, dokładny adres siedziby i telefon kontaktowy)

**Stobrawskie Centrum Medyczne
Sp. z o.o. z/s w Kup
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup**

Wniosek pacjenta lub osoby upoważnionej o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z/s w Kup to jest Pana/Pani, posiadającego numer PESEL: w zakresie

Wnoszę o (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- udostępnienie w/w dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie SCM sp. z o. o. i proponuję termin wglądu na dzień ... 20...r.;
- udostępnienie w/w dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii*, które odbiorę osobiście* / które
- proszę nadać poprzez Poczta Polska na adres ...-....., ul.*/...*, przesyłką poleconą do rąk własnych;

Zobowiązuję się do dokonania zapłaty tytułem udostępnienia dokumentacji medycznej w wysokości wynikającej z tabeli opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego SCM sp. z o.o. z/s w Kup ustalonej w oparciu o przepisy art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony do odbioru w/w dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis upoważnionego pracownika

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie w/w dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
Dyrektor ds. Lecznictwa

Potwierdzam osobisty odbiór wyciągu, odpisu lub kopii w/w dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* Niewłaściwe skreślić.