

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek
Medycyny Pracy**

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
imię i nazwisko osoby, której dokumentacja dotyczy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL osoby, której dokumentacja dotyczy

z Poradni

.....
nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia zdrowotnego

za okres poprzez:

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie placówki,
- ☐ wydanie kopii dokumentacji,
- ☐ wydanie dokumentacji w formie odpisu, wyciągu, kopii na nośniku elektronicznym*)

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.
2. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi, jego pełnomocnikowi lub przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

*) **zaznaczyć właściwe**

Uwaga!

Wniosek należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta, którego sprawa dotyczy.