

.....
Imię i nazwisko wnioskującego

.....
Miejscowość i data

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

KIEROWNIK MEDYCZNY
EUROMEDICUS
UL. CZECHOSŁOWACKA 3

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie **kserokopii/wydruku** dokumentacji medycznej z Euromedicus :

Poradni /Oddziału.....

Za okres,

(imię i nazwisko pacjenta).....,

PESEL.....,

zamieszkałego

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentów wg obowiązującego cennika Euromedicus Sp. z o.o..

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52 poz. 17, z późn. zm.), Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 836).

.....
Czytelny podpis wnioskującego

*niepotrzebne skreślić