



.....  
miejsowość i data

**DANE WNIOSKODAWCY:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając:

w imieniu własnym /  jako przedstawiciel ustawowy /  jako osoba upoważniona  
zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

PESEL

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

- w oryginale do wglądu w siedzibie jednostki CMiR KRIOSONIK
- w oryginale z obowiązkiem zwrotu po wykorzystaniu
- przez wydanie kopii
- przez wydanie odpisu
- przez wydanie wyciągu obejmującego .....

Wniosek dotyczy dokumentacji prowadzonej w komórce organizacyjnej Centrum Medycznego i Rehabilitacji KRIOSONIK **np. ul. Wysockiego 51, 02-303 Warszawa:**

Poradnia ..... /  Dział Fizjoterapii /  Ośrodek Rehabilitacji Diennej

w okresie od ..... do .....

Dokumentację  odbiorę osobiście /  proszę przesłać pocztową przesyłką poleconą na

adres: .....

.....

Uwagi:

.....

*Załącznik nr 9 do Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego KRIOSONIK Sp. z o.o.  
czytelny podpis*