

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Adres zamieszkania: .....  
Numer kontaktowy: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....

**Wnioskuje o:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

- Nazwa poradni / pracowni: .....
- Okres leczenia: .....
- Jaki jest cel pobierania dokumentacji .....

**Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- proszę wystać na adres: .....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SOPAT Sp. z o.o.,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą) zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej,
- 3) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

