



**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
ze zbiorów UKS PUM Sp. z o.o.**

Szczecin, dnia _____

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego _____

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

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

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę poradni, datę i zakres świadczenia zdrowotnego):

4. Wnioskuje o wydanie: proszę zaznaczyć znak x we właściwej rubryce

kopii papierowej na informatycznym nośniku danych

5. Sposób odbioru dokumentacji

- odbiór osobisty,
 przesłanie pocztą (za potwierdzeniem odbioru),
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu

(data i podpis Wnioskodawcy)

6. Potwierdzenie odbioru:

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

Dokumentację medyczną wydano po dokonaniu weryfikacji tożsamości:

data dokonania weryfikacji tożsamości: _____

identyfikator dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego): _____

(podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)