

Warszawa, dn. ....

**WNIOSEK**  
**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dane wnioskodawcy upoważnionego do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Nr telefonu .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Do Prezesa

Centrum Medycznego VENAMED

ul. Grzybowska 5, 00-132 Warszawa

Proszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej z udzielanych konsultacji i badań w okresie

.....

**Oświadczam, że o ww. dokumentację medyczną występuję:**

- ☐ Po raz pierwszy
- ☐ Po raz kolejny

**Sposób odbioru dokumentacji:**

- ☐ Dokumentację odbiorę osobiście
- ☐ Proszę o wysłanie dokumentacji listem poleconym
- ☐ Proszę o wysłanie na adres e-mailowy .....

W przypadku odbioru osobistego dokumentacja będzie przygotowana w RECEPCJI (tel. 501514056) w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku.

Oświadczam, iż zobowiązuje się do:

- Poniesienia kosztów wykonania dokumentacji medycznej w wysokości: 0,40 zł za 1 stronę dokumentacji
- Pokrycia kosztów przesyłki pocztowej

**POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI:**

Data .....

Czytelny podpis osoby odbierającej .....

Wysłano dnia .....