

SP ZOZ WSPRiTS w Płocku	<b>Formularz SZJ</b>	Strona	2 z 1
	<b>WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>  w formie oryginału z dnia .....  <b>nr...../.....</b>	Wydanie	2 z dn. 20.10.2020
		Zmiana	1

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Telefon kontaktowy: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej ww. pacjenta sporządzonej w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku,

.....  
nazwa dokumentacji medycznej/ data udzielonego świadczenia medycznego

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku Rozdział VII §28 ust. 22 Zakład nie pobiera opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Jednocześnie zobowiązuję się zwrócić dokumentację niezwłocznie po jej wykorzystaniu, nie później jednak niż w terminie do 14 dni od dnia wydania ww. dokumentacji.

.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek

**Potwierdzenie odbioru:** Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do jej zwrotu w terminie do dnia .....

.....  
data, czytelny podpis pracownika

.....  
data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną