

Chełm, dnia r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Nr dokumentu tożsamości

.....
Numer telefonu

Stacja Ratownictwa Medycznego

w Chełmie - SP ZOZ

ul. Rejowiecka 128

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej, dotyczącej udzielenia pomocy Panu/Pani w dniu przez Zespół Ratownictwa Medycznego, Zespół Transportowy, NiŚOLiP *- wyjazd na adres:

.....

Dokumentację medyczną odbiorę: osobiście,*

przez upoważnioną osobę:*

Nazwisko, imię, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej

(wymagane pisemne upoważnienie zawierające dane personalne oraz nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej - Załącznik nr 2),

- wysyłka dokumentów na adres: (dołączyć dowód opłaty)

.....

* **niepotrzebne skreślić**

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

Chełm, dnia..... 20.....r.

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej, dotyczącej udzielenia pomocy medycznej Panu/Pani w dniu...../za okres.....

Sprawdzono zgodność z dok. tożsamości

.....

Podpis osoby wydającej

.....

Czytelny podpis odbierającego