

.....
(data, miejscowość)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

Preferowana forma kontaktu:

e-mail

telefonicznie

Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe
„Ustroń” S.A.

ul. Sanatoryjna 1

43-450 Ustroń

PROŚBA O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie wyciągu/odpisu/kopii papierowej/kopii na informatycznym nośniku danych/wydruku* mojej dokumentacji medycznej, tzn.:

.....
.....
Pobyt w okresie od do

Ww. dokumentację odbiorę osobiście/proszę wysłać na adres pocztowy/adres e-mail*:

.....
.....
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem, a także kosztów wysyłki dokumentacji medycznej (opłaty pocztowej).

.....
Podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia pracownik PU „Ustroń” S.A.:

Potwierdzam tożsamość pacjenta na podstawie:

.....

.....
Data i czytelny podpis upoważnionego pracownika

Potwierdzenie odbioru dokumentacji jw.:

.....
Data i podpis