

Załącznik nr 3b
do Regulaminu Organizacyjnego
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego

Białystok, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy.....

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama- Kościałkowskiego
15-471 Białystok, ul. Fabryczna 27**

Wniosek

o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie kserokopii / wyciągu / odpisu / wydruku / skanu / za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej / na nośniku informatycznym* dokumentacji medycznej

Jednocześnie zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie ww. dokumentacji zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 849) oraz cennikiem obowiązującym w Zakładzie.

Oświadczam, że zostałam (-em) poinformowana (-ny) o tym, że jeżeli wnioskowana przeze mnie dokumentacja medyczna nie zostanie odebrana w ciągu 7 dni od wyznaczonego terminu, wówczas zostanie ona przesłana na wskazany adres wraz z fakturą VAT płatną przelewem w terminie 14 dni na rachunek Zakładu:, przy czym ww. faktura będzie obejmowała koszt przesyłki.

.....
(czytelny podpis)

Dokumentację otrzymałem dnia

.....
(Data i podpis)

** niepotrzebne skreślić*