

Białystok, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy.....

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw  
Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku  
im. Mariana Żyndrama- 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*