

Białystok, dnia

.....
(imię, i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy.....

Nr dokumentu tożsamości.....

PESEL

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

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej
Z

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 2017 r., poz. 1318 z późn. zm) oraz cennikiem obowiązującym w Zakładzie.

Oświadczam, że zostałam (-em) poinformowana (-ny) o tym, że jeżeli wnioskowana przeze mnie kserokopia dokumentacji medycznej 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 przelewem na rachunek Zakładu:, przy czym ww. faktura będzie obejmowała należność za wykonanie kserokopii dokumentacji oraz koszt przesyłki.

.....
(czytelny podpis)

Dokumentację otrzymałem dnia.....

.....
(Data i podpis)

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Białymstoku
dr n. med. Jarosław Tałaj