

## PODANIE O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Centrum Diagnostyki i Terapii  
In Corpore  
ul. Bazantów 2, 40-658 Katowice  
NIP 634-131-21-46, REGON 273453129

.....  
Miejscowość i data

Dane pacjenta (osoby ,której dokumentacja dotyczy)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji/przedstawiciela ustawowego:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym, nr....., zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej (poniżej wpisać rodzaj dokumentacji medycznej)

.....  
.....  
.....  
Podpis

.....  
Czytelny podpis osoby przyjmującej podanie

.....  
Podpis i akceptacja Dyrekcji

Uwagi:

Kopia dokumentacji medycznej zostaje wydana na wniosek uprawnionego. Kopia sporządzona jest przez pracownika działu ....., oryginał dokumentacji pozostaje w NZOZ Centrum Diagnostyki i Terapii In Corpore.