Ostrołęka, dn. …………………

…………………………………..

Nazwisko i imię wnioskodawcy

…………………………………..

Adres

…………………………………..

Telefon

…………………………………..

PESEL

**Dyrektor**

**SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA”**

**SPRiTS w Ostrołęce**

**ul. Kościuszki 49**

Proszę o wydanie kopii dokumentacji z udzielenia pomocy medycznej z dnia …………… w miejscowości ………………………………… dotyczącej mojej osoby\*/innego pacjenta\*

………………………………………………………….……….., ……………………………………..,

Nazwisko i imięPESEL

stopień pokrewieństwa ……………………………… .

Do odbioru wnioskowanej dokumentacji upoważniam ……………………………………………...

Nazwisko i imię

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych:

………………………………………

Podpis wnioskodawcy

Dokumentację otrzymałem/łam dn. ………………, ………………………………………………..

Czytelny podpis

Dokumentację udostępnił …………………………………….., nr faktury …………………………

Pieczątka i podpis

\* - niepotrzebne skreślić