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