Imię…………………………………..…. Zabrze, dn. …………..................

Nazwisko……………………………......

Adres zam./korespondencyjny.………….

…………………………………………..

PESEL/ Data urodzenia…………………

..................................................................

nr tel. ……………………………………

**Do Zarządu**

**Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o. o.**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z uprzejmą prośba o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej, (jakiej np. wypis ze szpitala, historia choroby, inna)………………………………………………………………. z oddziału (podać nazwę) ………………………………………………………………………………. z pobytu w okresie od ……………………………………. do …………………….……………… r.

Kserokopię przygotowanej dokumentacji odbiorę:

* osobiście,
* proszę przesłać na wskazany adres korespondencyjny,
* inna osoba (na podstawie pisemnego upoważnienia do odbioru dokumentacji).

\*Pokryję koszy wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o. o. oraz koszty pocztowe.

 …………………………………….

 *(podpis)*

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

Zabrze, dn. ……………………. …………………………………………….

 *(podpis osoby odbierającej dokumentację)*