

**POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W SZAMOTUŁACH**

---

Załącznik nr 7 do Polityki bezpieczeństwa  
przetwarzania danych osobowych  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki  
Zdrowotnej w Szamotułach

.....  
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko .....

Pesel lub data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu tożsamości .....

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

- Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: .....

- Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

Poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.) .....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam

.....  
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę przesłać na adres .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach..

.....  
Podpis

*ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej: .....

.....  
data i czytelny podpis