Załącznik nr 1

**PODANIE O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 ……………………….……..……………………………….. Miejscowość i data

Dane pacjenta:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Adres

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Pesel

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Telefon

Ja niżej podpisany/a legitymujący się dowodem osobistym nr………………………. wydanym przez

………………………………………………………………………… zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej mojej choroby w zakresie

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………. D data i podpis

…………………………………………… podpis osoby przyjmującej prośbę

WDM 0125

Załącznik nr 2

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 ……………………….……..……………………………….. Miejscowość i data

Dane pacjenta:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Adres

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Pesel

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Telefon

Ja niżej podpisany/a legitymujący się dowodem tożsamości………………..……. nr………………………. wydanym przez ………………………………………………………………………… zwracam się z prośbą do PL. Certus o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu, a dotyczącej mojej osoby w zakresie ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

oraz upoważniam Pana/Panią………………………………………………………………………………………………………………………………

legitymującego się dowodem tożsamości………………………………………. nr………………………………… wydanym przez……………………………………………………………………………………………………………………… do jej odbioru z PL. Certus w Poznaniu przy ul…………………………………………………………………………

 ………………………………………. D data i podpis pacjenta

……………………………………………………………. podpis osoby przyjmującej upoważnienie

 …………………………………………… s data i podpis osoby uprawnionej

WDM 0126