

Rumia, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
PESEL

Przychodnia NZOZ nr 1

84-230 Rumia, ul. Derdowskiego 23 i 24

[www.przychodnia-rumia.pl](http://www.przychodnia-rumia.pl)

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisana/ny ..... zamieszkała/ty .....  
legitymująca/cy się dowodem osobistym nr .....

Proszę o udostępnienie autoryzowanej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Przychodni w celu: .....

w zakresie .....

(np. wyniki badań grupy krwi, wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań wirusologicznych, inne wyniki-wyszczególnić jakie)

Do odbioru dokumentacji upoważniam Pana/Panią .....

Zamieszkałą/łym w ..... przy ul. ....

Legitymującego się dokumentem tożsamości .....

.....

.....  
Podpis

- wypełniony wniosek należy złożyć w Rejestracji

- kopie autoryzowanej dokumentacji medycznej będą wydawane w terminie ustalonym (czas niezbędny od przygotowania dokumentacji nie krótszy niż 2 dni)

- oryginały dokumentacji medycznej nie są wydawane