

 <p>RZESZÓW Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego</p>	<p>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p> <p>str. 1</p>	<p>Rzeszów, dnia:</p> <p>.....</p>
--	---	------------------------------------

Imię i Nazwisko wnioskodawcy		
Adres zamieszkania		
PESEL		
Numer telefonu		
<p>Zwracam się z prośbą, o wydanie kopii dokumentacji medycznej świadczenia zdrowotnego Panu/Pani</p>	Imię i nazwisko:	
	Data świadczenia:	
<p>Zespół Ratownictwa Medycznego WSPR Rzeszów, * <input type="checkbox"/></p> <p>Izbę Przyjęć WSPR Rzeszów, * <input type="checkbox"/></p> <p>Zespół Transportowy WSPR Rzeszów, * <input type="checkbox"/></p> <p>Oddział Paliatywno-Hospicyjny, * <input type="checkbox"/></p> <p>Pomoc Doraźna Stomatologiczna, * <input type="checkbox"/></p>		
<p>Dokumentację medyczną odbiorę:</p> <p>- osobiście, * <input type="checkbox"/></p> <p>- przez upoważnioną osobę: * <input type="checkbox"/></p> <p>Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości (wymagane pisemne upoważnienie załącznik nr 2)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* Właściwe zaznaczyć</p>		
Czytelny podpis wnioskodawcy		



POTWIERDZENIE ODBIORU
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
str. 2

Rzeszów, dnia:

.....

Imię i Nazwisko odbierającego		
Adres zamieszkania		
PESEL		
Numer telefonu		
Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej świadczenia zdrowotnego Panu/Pani:	Imię i nazwisko:	
	Data świadczenia:	
Czytelny podpis odbierającego		
Wydano stron dokumentacji medycznej		
Data i godzina wydania		
Sprawdzono zgodność z dok. tożsamości Podpis osoby wydającej:		