

Suwałki, dnia.....

.....  
**Imię, nazwisko wnioskodawcy**

.....  
**Adres wnioskodawcy**

**Do Dyrektora  
Szpitala Wojewódzkiego  
im.dr.Ludwika Rydygiera w Suwałkach**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany .....  
*imię i nazwisko wnioskodawcy*

zam....., legitymujący się dowodem  
*adres wnioskodawcy*

osobistym seria .....nr ....., wnoszę o udostępnienie mi  
dokumentacji medycznej pacjenta :

.....,  
*imię i nazwisko pacjenta*

zam.....,

PESEL:..... w zaznaczonej poniżej formie:

- 1) do wglądu ,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Jednocześnie zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii, wg cennika Szpitala.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

W załączeniu:

1.dokument potwierdzający prawo wnioskodawcy do udostępnienia dokumentacji medycznej