

.....
Imię i nazwisko pacjenta

....., dnia
(miejscowość)

.....
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

**Miejskie Centrum Terapii
i Profilaktyki Zdrowotnej
im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi
ul. Niciarniana 41, 92-320 Łódź**

.....
Adres zamieszkania (miejscowość)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Telefon kontaktowy

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o *) :

- wydanie **kopii dokumentacji medycznej**
 wydanie **kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem**

z leczenia w *) : Poradni

OLU OLAZA Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159);

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowana/y o obowiązującym cenniku wydania kserokopii dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.

Dokumentację medyczną odbiorę *) :

- osobiście
 upoważniam

(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

.....
(czytelny podpis)

***) Właściwe pole zakreślić**