

Centrum Medyczne Signum  
40-668 Katowice, ul. Bażantów 6c  
tel: 32 35 000 35

Katowice dn. ....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Czas przygotowania dokumentacji:  
od 2018 r – 3 dni robocze  
przed 2018 – 10 dni roboczych**

**1. Wnioskodawca/ opiekun prawny:**

.....  
( imię i nazwisko, PESEL )

.....  
( adres zamieszkania, telefon kontaktowy )

**2. Rodzaj i zakres dokumentacji :**

Specjalizacja lub nazwisko lekarza: .....

Zakres dokumentacji w latach : .....

**3. Dokumentację wymienioną w pkt 2 \*:**

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona

\* niepotrzebne skreślić

**4. Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam** (jeżeli tak zaznaczono w pkt 3)

.....  
( imię nazwisko , PESEL )

.....  
czytelny podpis wnioskującego

.....  
podpis osoby przyjmującej wniosek

Ja niżej podpisany potwierdzam odbiór kserokopii /wydruku dokumentacji medycznej

.....  
**data** i podpis odbierającego dokumenty

.....  
podpis osoby wydającej dokumenty

\* dokumentację medyczną należy odebrać w ciągu 30 dni