# Centrum Okulistyki Dziecięcej

# Dr n.med. Ewa Oleszczyńska-Prost

ul. Hertza 9/2

04-603 Warszawa - Anin

tel. (22)8152009

www.okulistykadziecieca.pl

# WNIOSEK\*

## o wydanie dokumentacji medycznej

*Wnioskodawca:*

Nazwisko................................................................................................................................

Imiona.....................................................................................................................................

Adres zamieszkania................................................................................................................

................................................................................................................................................

Nr PESEL

|  |
| --- |
|  |

Nr telefonu kontaktowego...................................................................................................…

Email………………………………………………………………………………………...

*Dokumentacja medyczna dotyczy:*

Nazwisko................................................................................................................................

Imiona.....................................................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................................

............................................................................................................................

Nr PESEL

|  |
| --- |
|  |

*Rodzaj dokumentacji medycznej:(od kiedy ? Czy brana pierwszy raz?)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

kserokopia/wyciąg/odpis/elektroniczny nośnik danych\* (zaznaczyć właściwe).

**Koszt dokumentacji : Pierwsza kopia– darmowa**

 **Kolejne kopie- 1 zł za stronę**

**Forma i koszt wysyłki : e-mail- darmowo**

 **Poczta Polska - 9zł**

**nr konta:Centrum Okulistyki Dziecięcej Dr n.med. Ewa Oleszczyńska-Prost**

**05 1030 0019 0109 8503 0016 0621**

**Uwaga: Wypełniony wniosek oraz potwierdzenie przelewu proszę o wysłanie w formie załącznika na adres e-mail hertza9@wp.pl**

#

# ………………………………………….

 data, podpis

**wnioskowaną dokumentację otrzymałam/em**

………………………………………………….

data, podpis*\*) wniosek ma wyłącznie charakter pomocniczego wzoru, a jego wypełnienie i złożenie nie stanowi warunku wydania dokumentacji medycznej osobie uprawnionej do jej otrzymania.*