

Centrum Okulistyki Dziecięcej
Dr n.med. Ewa Oleszczyńska-Prost

ul. Hertza 9/2
04-603 Warszawa - Anin
tel. (22)8152009
www.okulistikadziecieca.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.