



SZPITAL POWIATOWY
IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH

**WNIOSEK
O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO KASACJI**

SAKr_ZI3.2-3.3_PA1_F2_W2_
z dnia 28.11.2018 r.

Miejscowość, dnia:

Imię, nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Nr tel. do kontaktu.....

Do Dyrektora
Szpitala Powiatowego im Jana Pawła II w Bartoszychach

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do kasacji.

Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:.....

Dokumentacja dotyczy oddziału/komórki organizacyjnej (nazwa).....data pobytu.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (należy zaznaczyć właściwe)

Historia choroby inna (nazwa).....

Odbiór dokumentacji:

osobiście

do odbioru upoważniam.....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru *)

.....
(rodzaj, seria i nazwa dokumentu tożsamości)

proszę przesłać na adres:

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów przesyłki dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszychach i wyrażam zgodę na wystawienie faktury VAT bez podpisu.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji *)

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora Szpitala)