

....., dnia r.

.....
.....
.....
PESEL:

.....
.....
.....
(dane placówki medycznej)

Wniosek pacjenta o dokumentację medyczną

Ja niżej podpisana/y..... wnoszę o:

1. **Wydanie poświadczonej za zgodność z oryginałem kserokopii pełnej dokumentacji medycznej** mojej osoby z w/w placówki za okres od dnia do chwili obecnej - wraz z numeracją stron oraz oświadczeniem, iż przekazana dokumentacja jest zupełna.
2. **Przesłanie wszystkich w/w dokumentów do następującego podmiotu:**
Kancelaria Radcy Prawnego Barbara Mirska
ul. Waryńskiego 4/3, 75-541 Koszalin
NIP 669-229-36-41 REGON 364670320 e:mail: kancelariamirska@op.pl
Tel. 342-18-60, 609-369-33 Fax: (0-94) 342-18-60 www.kancelariamirska.pl
PKO BP S.A. 68 1020 2791 0000 7402 0250 4686
Kierowanie wszelkich pism i kontaktowanie się w mojej sprawie wyłącznie z Kancelarią Radcy Prawnego Barbara Mirska.
3. **Wskazanie sposobu dokonania i wysokości opłaty** za wydanie wskazanych w pkt 1 dokumentów, ewentualnie wystawienie faktury VAT za wydanie w/w dokumentów na wskazany powyżej podmiot.

Oświadczam jednocześnie, iż upoważniam Kancelarię Radcy Prawnego Barbara Mirska do odbioru kopii mojej historii choroby i wszelkich dokumentów związanych z moim leczeniem w w/w placówce.

.....
(czytelny podpis)