

Będkowo, dn. ....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

**Dane osoby wnioskującej:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data i miejsce urodzenia lub nr PESEL .....

Kontakt.....

**Zwracam się z prośbą o wydanie przeznaczonych do zniszczenia dokumentacji medycznej:**

własnej

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym\*

pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia\*

pacjenta, którego byłem/am przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym w chwili jego zgonu\*

**\*Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia lub nr PESEL .....

.....

miejsowość, data

.....

podpis osoby składającej wniosek

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w dniu ..... odebrałam (-łem) dokumentację medyczną pacjenta

.....  
(imię i nazwisko)

Liczba stron dokumentacji: .....

.....

miejsowość, data

.....

podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

miejsowość, data

.....

podpis osoby wydającej dokumentację