

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

„VIVAX”
Spółka Cywilna
62-200 Gniezno, ul. Wrzesińska 28
Regon: 300525354, NIP: 784-237-72-00

Dane Pacjenta	
Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL Pacjenta	

Dane Wnioskodawcy (rodzica lub opiekuna prawnego)	
Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL Wnioskodawcy	

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej z poradni : NFZ PRYW

.....
za okres od do

<input type="checkbox"/> Dokumentację odbiorę osobiście.
--

<input type="checkbox"/> Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Panią/Pana: Imię i nazwisko
PESEL

Zaznaczyć właściwe x

Niniejszym akceptuję obowiązującą w VIVAX s.c. wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, która wynosi 0,30 zł za stronę i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy.

Data i podpis Pacjenta/Wnioskodawcy

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

„VIVAX”
Spółka Cywilna
62-200 Gniezno, ul. Wrzesińska 28
Regon: 300525354, NIP: 784-237-72-00

Dane Pacjenta	
Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL Pacjenta	

Dane Wnioskodawcy (rodzica lub opiekuna prawnego)	
Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL Wnioskodawcy	

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej z poradni: NFZ PRYW

.....
za okres od do

<input type="checkbox"/>	Dokumentację odbiorę osobiście.
--------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/>	Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Panią/Pana: Imię i nazwisko
	PESEL

Zaznaczyć właściwe x

Niniejszym akceptuję obowiązującą w VIVAX s.c. wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, która wynosi 0,30 zł za stronę i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy.

Data i podpis Pacjenta/Wnioskodawcy