Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach F/220 -W/3

……………………………………

……………………………………

……………………………………

……………………………………

##  (imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon

##  osoby składającej wniosek)

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej :

………………………………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko, PESEL osoby, której dokumentacja dotyczy)

Rodzaj dokumentacji (właściwe zaznaczyć):

🞏 Wyniki badań 🞏 Wyniki konsultacji 🞏 Orzeczenie 🞏 Inne

🞏 z dnia 🞏 za okres opis:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Forma udostępnienia (właściwe zaznaczyć):

🞏 wgląd 🞏 kserokopia 🞏 odpis 🞏 wyciąg 🞏 wydruk 🞏 płyta CD

Cel udostępnienia:

…………………….….…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Kielcach.

Data: Czytelny podpis osoby składającej wniosek

 ……………………………………….

# Akceptacja Dyrektora WOMP

Dowód zapłaty:

Liczba stron:…………… pozycja w cenniku:……………

Potwierdzenie zapłaty - podpis pracownika Działu Księgowości:……........................................

Potwierdzenie odbioru udostępnianej dokumentacji: ……………………………………………...

**Uwaga:** Wniosek należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta, którego dotyczy.

Żadna cześć niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką

bez pisemnej zgody Dyrektora