

**Załącznik nr 2**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię, nazwisko osoby wnioskującej

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

.....  
serii i nr dowodu osobistego

**Prezes Zarządu  
Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
ul. Morcinka 7  
59-600 Lwówek Śląski**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez\*:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Spółki
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie dokumentacji w innej formie (wyciągu, odpisu, wydruku)

Dokumentacja dotyczy pacjenta:

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja

.....  
okres, którego dotyczy dokumentacja

Odbiór dokumentacji nastąpi\*:

- osobiście
- przez upoważnioną osobę ..... - Upoważnienie w załączeniu
- proszę przesłać przesyłką pocztową na adres .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, odpisu, wyciągu lub wydruku dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lwówku Śląskim.

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

.....  
\* niepotrzebne skreślić