

WSPR SP ZOZ  
w Suwałkach

WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ

Suwałki, dnia .....

.....  
( Imię i nazwisko uprawnionej osoby)

.....  
(Adres zamieszkania )  
.....

Dyrektor  
Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego  
SP ZOZ w Suwałkach  
16 – 400 Suwałki  
ul. Mickiewicza 11

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- 1) ambulatorium, z dnia .....
- 2) z wyjazdu ambulansu, z dnia .....

w formie:

- 1) wglądu na miejscu\*
- 2) wyciągu, odpisu, kopii

Cel wydania dokumentacji:

- 1) przedłożenie lekarzowi kontynuującemu leczenie
  - 2) uzyskanie świadczenie od firmy ubezpieczeniowej
  - 3) inne .....
- .....

.....  
( czytelny podpis)

Sprawdzono dnia .....

.....  
(podpis kierownika Działu Usług Medycznych lub upoważnionej osoby)

**Decyzja**

**Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia ratunkowego SP ZOZ w Suwałkach lub upoważnionego pracownika:**

- 1) Wyrażam zgodę
- 2) Nie wyrażam zgody

WSPR SP ZOZ w Suwałkach	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
----------------------------	--

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji:**

**Suwałki, dnia .....**

.....

**(własnoręczny podpis)**

**Pobrano opłatę w kwocie ..... zł ( słownie złotych: .....  
.....**