|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** | **PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ** | Strona 1 z 1 |
| **WYDANIE**: 2 |
| **ISO 9001:2015**  **P/OZ/ZO9-001/23** | **Załącznik nr 3 do procedury** | **DATA OBOWIĄZYWANIA**  **30.06.2023r.** |

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej**

**przeznaczonej do brakowania**

Wnioskodawca:………………………………………………………………………………….

( imię i nazwisko, pesel)

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

( dokładny adres zamieszkania)

Zwracam się z prośbą o wydanie mojej dokumentacji medycznej niearchiwalnej,

przeznaczonej do zniszczenia, znajdującej się w państwa posiadaniu z zakresu:

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

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

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

Dokumentację odbiorę osobiście / za pośrednictwem osoby upoważnionej (zakreślić właściwą

odpowiedź) Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym numer………………

upoważniam………………………………………………………………legitymującego

się dowodem osobistym nr…………………………do odbioru wymienionej dokumentacji

medycznej.

…………………………………………………

( data i podpis osoby składającej wniosek)

Dokumentację wydano: Dokumentację otrzymałem:

………………………………….. …………………………….

( data, podpis osoby wydającej) ( podpis osoby odbierającej