

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(adres)

.....
PESEL

.....
numer telefonu

WNIOSEK

Składa: po raz pierwszy kolejny raz

pacjent, którego dokumentacja dotyczy

w przypadku małoletniego rodzic/przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny* (dołączyć dokument potwierdzający prawo do opieki nad małoletnim)

-.....(imię i nazwisko małoletniego)

-.....(numer PESEL małoletniego)

-.....(przedstawiciel ustawowy małoletniego)

wnioskodawca posiadający upoważnienie wystawione przez pacjenta (upoważnienie w załączeniu)

Imię i Nazwisko pacjenta: PESEL

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu/lekarzu dentyście:

.....(imię i nazwisko lekarza /lekarza dentysty)

Poprzez: umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej/wydanie kopii dokumentacji medycznej*

Dokumentację medyczną odbiorę

osobiście

proszę przesłać na adres/e-mail:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(czytelny podpis)

**niepotrzebne skreślić*

Informujemy, że Administratorem podanych danych osobowych jest Okręgowa Rada Lekarska w Lublinie – ul. Chmielna 4, 20-079 Lublin, nr tel.:81 536 04 50. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na stronie internetowej <http://www.oil.lublin.pl/> w zakładce - „Dokumentacja medyczna po zmarłych lekarzach i lekarzach dentytach”.