

Lublin, dnia .....

.....  
**Imię i nazwisko**

**PESEL** .....

.....  
**Nr Dowodu Osobistego**

**adres** .....

.....  
**Tel. kontaktowy** .....

**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie**  
20-331 Lublin, ul. Grenadierów 3

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej z badania:

.....  
..... *(data i rodzaj badania)*

Proszę o wydanie:

- kopii opisu \*
- kopii płyty CD z dokumentacją badania\*

*\*niepotrzebne skreślić*

**Jednocześnie zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z kopiowaniem wnioskowanej dokumentacji** – zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

.....  
*Czytelny podpis*

Kwituję odbiór dokumentów .....

*Data i podpis*

---

**Wypełnia pracownik wydający dokumentację medyczną**

**Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej** - dokumentacja została wydana do rąk własnych osobie wnioskującej na podstawie wymienionego we wniosku dokumentu tożsamości.

**W przypadku przesłania dokumentacji medycznej drogą listowną** - dokumentacja została wysłana pod wskazany we wniosku adres pocztowy listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....

Lublin, .....  
*(data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)*