Dyrektor

Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego

w Olsztynie

**WNIOSEK**

**dotyczy:** udostępniania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko osoby uprawnionej.

PESEL

Adres

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez;
\* umożliwienie wglądu w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego
\* sporządzenie: a) \* wyciągów b) \* odpisów c) \* kopii d)\* wydruków

\* udostępnienie na informatycznym nośniku danych

\* za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

\* żądam wydania oryginału dokumentacji medycznej w postaci papierowej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

………………………………………

 data i podpis osoby uprawnionej

\* właściwe zakreślić