

Wrocław, dnia .....

.....  
imię i nazwisko.....  
adres.....  
telefon kontaktowy**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
W FORMIE ELEKTRONICZNEJ**

Proszę o wydanie (właściwie zaznaczyć):

- kopii\* za okres od ..... do ..... (\*dot. dokumentacji wytworzonej do 31.03.2023 r.)/  
• oryginału\*\* za okres od ..... do ..... (\*\*dot. dokumentacji wytworzonej od 1.04.2023 r.)

.....  
PESEL / W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL DATA URODZENIA.....  
IMIĘ.....  
NAZWISKO

z zakresu ..... (od lekarza/ badanie diagnostyczne itp.)

w formie elektronicznej (właściwie zaznaczyć):

- na informatycznym nośniku danych:  CD /  DVD /  PENDRIVE (właściwie zaznaczyć)
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej e-mailem szyfrowanym (kod z hasłem zostanie wysłany na podany we wniosku polski numer telefonu):

e-mail:..... e-puap .....

.....  
Podpis**PEŁNOMOCNICTWO**

Upoważniam .....

.....  
IMIĘ.....  
NAZWISKO

legitymującego się dokumentem tożsamości.....

.....  
NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI

do odbioru kopii mojej dokumentacji wskazanej we wniosku na informatycznym nośniku danych.

.....  
Podpis**POTWIERDZENIE ODBIORU / UDOSTĘPNIENIA**

- Dot. informatycznego nośnika danych

Odebrałam/-łem.....  
DATA ..... PODPIS .....

Wydął/Udostępnił (podpis pracownika):.....

- Dot. wysyłki za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\*

Udostępnił .....  
(WYPEŁNIA PRACOWNIK) DATA ..... PODPIS .....

\* Wydruk potwierdzający wysyłkę: e-maila/UPO należy dołączyć do niniejszego wniosku