

.....  
Data i miejscowość

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL/data urodzenia: .....

\* w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna, niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imiona i nazwisko: .....

nr PESEL/data urodzenia: .....

**Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**  opis badania  
 płyta CD

**Zakres dokumentacji: dotyczy badania (proszę o podanie daty badania)**

.....

**Sposób odbioru dokumentacji:**

osobiście w placówce Rezonans Ciechanów Krol Spółka Komandytowa

.....

:

mailowo na adres poczty elektronicznej .....

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika Rezonans Ciechanów.

Uprzejmie informujemy, że firma Rezonans Ciechanów Krol sp. k. nie ponosi odpowiedzialności za jakość usług świadczonych przez Poczta Polska.

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis osoby składającej wniosek