

Tomaszów Mazowiecki, .....

**WNIOSEK**  
o udostępnienie danych osobowych / dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....

Adres: .....

PESEL: .....

Nr tel.: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

**CENTRUM MEDYCZNE MIRMED Sp. z o.o.**  
**ul. Mireckiego 90**  
**97-200 Tomaszów Mazowiecki**

Na podstawie ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) (RODO) wnoszę o:

- udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej,
- udostępnienie odpisu dokumentacji medycznej,
- udostępnienie wyciągu z dokumentacji medycznej,
- udostępnienie skanu dokumentacji medycznej,
- umożliwienie wglądu w dokumentację medyczną.

Rodzaj dokumentacji:

- nazwa poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: od ..... do .....

Dokumentację wskazaną powyżej:

- odbiorę osobiście w siedzibie poradni,
- odbierze wskazana / upoważniona osoba w siedzibie poradni  
Imię i nazwisko odbierającego: .....
- Nr dokumentu tożsamości: .....
- proszę przesłać pocztą elektroniczną na adres: .....
- proszę przesłać pocztą tradycyjną na adres: .....

.....  
Podpis wnioskodawcy

Wersja 1 – 01.04.2024r.

Załącznik nr 21

Oświadczam, iż:

1. *posiadam zgodę osoby wskazanej / upoważnionej na przekazanie jej danych osobowych w postaci imienia i nazwiska oraz numery dokumentu tożsamości oraz poinformowałem, że CM MIRMED Sp. Z o.o. archiwizuje dane osobowe zawarte we wniosku zgodnie z ustawą o Prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw,*
2. *zobowiązuję się do poniesienia kosztów określonych w w/w ustawie oraz kosztów przesyłki pocztowej (w przypadku przesłania dokumentacji pocztą tradycyjną).*

.....  
Podpis wnioskodawcy

*Zgodnie z nowelizacją ustawy z 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pierwszą kopię dokumentacji medycznej Administrator zobowiązany jest przekazać bezpłatnie. Za kolejne wnioskowane kopie, będzie naliczana opłata.*

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z powyższym wnioskiem:**

.....  
Podpis odbierającego

.....  
Nr dokumentu tożsamości

.....  
Podpis wydającego