

**Wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach  
Pro Life Clinic sp. z o.o. dotyczącej:**

**1. Dane pacjenta/wnioskodawcy, którego dokumentacja dotyczy:**

Nazwisko: ....., Imię: ....., PESEL: .....

Lekarz: ....., Poradnia: .....

Data wizyty/zakres dat: ...../cała dostępna dokumentacja

Opis wniosku (wymagany):

.....  
.....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**2. Forma wydania dokumentacji:**

- Wydruk (pobierana jest opłata 0,30zł/str)
- Odbiór osobisty
  - Przesłanie na poniższy adres  
(po uprzedniej przedpłacie – koszt wysyłki listem poleconym za potwierdzeniem odbioru 15 zł)

- Kopia elektroniczna (zabezpieczona hasłem) – na adres e-mail .....

**Oświadczam, że mam świadomość, że przekazywane dane medyczne są danymi wrażliwymi.  
Zabezpieczenia poczty elektronicznej mogą być niewystarczające, by je chronić.**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

---

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną: ..... zł

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)