

**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 (bezpłatnie w przypadku pierwszego wniosku w żądanym okresie; w przypadku kolejnego wniosku w żądanym okresie pobierana jest opłata 0,53 zł/str.)
- Odbiór osobisty
- Wydanie dokumentacji na elektronicznym nośniku danych (bezpłatnie w przypadku pierwszego wniosku w żądanym okresie; w przypadku kolejnego wniosku w żądanym okresie doliczana jest opłata 3,02 zł)
- Przesłanie na poniższy adres
(po uprzedniej przedpłacie – koszt wysyłki listem poleconym za potwierdzeniem odbioru zostanie potwierdzony przez Pro Life Clinic po zweryfikowaniu objętości dokumentów, które mają zostać wysłane)

.....
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)