

**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)