

### WNIOSEK

o udostępnienie danych ze zbioru danych/dokumentacji medycznej .....

.....  
*nazwa jednostki organizacyjnej*

1. Wnioskodawca:

PESEL:.....TEL.....  
*imię i nazwisko, adres, PESEL lub nazwa i siedziba firmy, ew. NIP, REGON, nr telefonu*

2. Zakres żądanych informacji ze zbioru:

3. Ustalony termin odbioru dokumentacji (*wypełnia CM Multimed*): .....

4. W przypadku nieodebrania zamówionej kopii dokumentacji medycznej w wyznaczonym terminie, upoważniam Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna do wysłania jej listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na mój adres zapisany w pkt 1. Jednocześnie upoważniam Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna do wystawienia faktury za ksero dokumentacji i koszty wysyłki zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem oraz zobowiązuję się do zapłaty należności za fakturę w terminie 7 dni od jej otrzymania.

.....  
*data i podpis wnioskodawcy (pieczęć)*

### PROTOKÓŁ

przekazania danych/dokumentacji ze zbioru .....

*nazwa jednostki organizacyjnej*

Niniejszym potwierdzam odbiór danych/dokumentacji.....

na podstawie złożonego wniosku z dnia .....

.....  
*podpis pracownika przekazującego*

.....  
*data i czytelny podpis odbierającego*