

**WNIOSEK**  
**O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
**(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)**  
**z archiwum SU „WATRA” 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 19**

Imię i nazwisko Wnioskującego.....

Adres zamieszkania Wnioskującego.....

.....

Dowód tożsamości Wnioskującego .....tel. kontaktowy .....

**W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie oryginałów dokumentacji medycznej Pacjenta:**

.....

(nazwisko, imię, PESEL)

leczony/a w SU „WATRA”

.....

w okresie.....

uwagi.....

....., dnia .....

.....

(podpis wnioskującego)

-----  
Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z Wnioskiem  
i po sprawdzeniu tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej potwierdzam  
wydanie oryginału dokumentacji medycznej.

.....

(podpis pracownika SU „WATRA”)

**Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej**

Krynica-Zdrój , dnia .....

.....

(podpis odbierającego)