

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

**1. Dane osoby wnioskującej:**

Imię i nazwisko:

.....

Numer PESEL: ..... telefon:.....

Adres zamieszkania: .....

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia, będącej aktualnie w dyspozycji Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. K. Jaczewskiego 2, 20- 090 Lublin

- mojego leczenia
- leczenia innej osoby

**2. Dokumentacja medyczna objęta niniejszym wnioskiem dotyczy (nazwa Poradni, Kliniki/Oddziału, okres leczenia):**

.....

.....

**3. Dane pacjenta (wypełnić jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)**

Imię i nazwisko pacjenta : .....

PESEL pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

- wniosek składa przedstawiciel ustawowy
- osoba upoważniona przez pacjenta

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia**

.....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)