

Białystok, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

**Do Dyrektora
Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka
Medycyny Pracy w Białymstoku**

Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej:

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie (w załączniku)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko Imię PESEL

sporządzonej w PWOMP w Białymstoku w okresie

badania wykonane zostały dla/ zakładu*/ na wniosek*/.....

w / Poradni* / Pracowni*/

inne.....

Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

.....
.....

1. Do jakich celów wnioskowane jest wydanie oryginału dokumentacji:

.....
.....

3. DANE WNIOSKODAWCY (w przypadku odbioru oryginału dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)

Imię i nazwisko PESEL

Adres tel.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)