……………………………………………. Gdańsk, dnia……………………

…………………………………………….

…………………………………………….

Imię i nazwisko Wnioskodawcy, telefon kontaktowy

 **Do Dyrektora**

 **Wojewódzki Ośrodek Medycyny**

 **Pracy w Gdańsku**

Proszę o sporządzenie i udostępnienie kopii, wydruku lub wyciągu/odpisu/osobisty wgląd\*

do dokumentacji medycznej pacjenta……………………………………………………………………..

PESEL……………………………………. dotyczącej w szczególności badań w sprawie choroby zawodowej / uprawnień do prowadzenia pojazdu / badań odwoławczych / badań profilaktycznych lub innych\* w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Kopia/wydruk/wyciąg/odpis/ |  pierwsza kolejna fotokopia |
| Odbiór | Osobisty Wysłanie …………………………………………………………………. adres |

 ………………………………………………

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Adnotacje WOMP w Gdańsku:

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji i wniesienie opłaty w kwocie …………………… zł.

 Nr paragonu…………………..

…………………………… …………………………………………..

 Data udostępnienia imię i nazwisko oraz podpis pracownika WOMP

Kwituję odbiór kopii, wydruku lub wyciągu/odpisu/ osobisty wgląd\* ……….stron dokumentacji medycznej.

 ………………………………………………..

\*niepotrzebne skreślić Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej