

Nowy Sącz, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Dowód tożsamości

**Dyrektor  
SPZOZ – Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego  
w Nowym Sączu**

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ dokumentacji medycznej pełnej\*/ częściowej\*  
uwierzytelnionej\*/ nie uwierzytelnionej\*

pacjenta .....  
sporządzonej w SPZOZ- Sądeckim Pogotowiu Ratunkowym w Nowym Sączu w okresie

.....  
Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb  
udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania powyższej dokumentacji  
stosownie do: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2021.711 z późn. zm.),  
oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw (t.j. Dz.U.2020.849 z późn.zm.).

**\* niepotrzebne skreślić**

.....  
**(Podpis wnioskodawcy)**

### **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kserokopii\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ dokumentacji medycznej w dniu.....

.....  
**(Podpis pracownika Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego)**

.....  
**(Podpis odbierającego)**