

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

.....
(pieczęć szkoły)

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM
w Szczecinie
Archiwum
al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej Szkole wyższej/Instytutowi Badawczemu
(w formie wydania kopii/ w formie wglądu w miejscu wytworzenia*)**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie niżej wymienionemu, niżej wymienionej dokumentacji medycznej zgodnie z art.26 ust. 4 Ustawy z dnia 06.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej, adres do korespondencji, numer telefonu lub adres e-mail:

.....
.....

2. Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych:

.....
.....

3. Zakres żądanych informacji ze zbioru:

.....
.....

(należy wskazać, jakie dane mają zostać udostępnione)

4. Informacje umożliwiające wyszukiwanie w zbiorze żądanych danych:

.....
.....

(należy podać m. in. oddział, przedział czasowy)

Jednocześnie upoważniam osobę wskazaną w pkt. 1 - do prowadzenia korespondencji z SPSK nr 2 PUM w Szczecinie w przedmiotowej sprawie, uzyskania zanonimizowanej dokumentacji medycznej, której dotyczy niniejszy wniosek, wniesienia w imieniu wnioskodawcy opłaty za kserokopię dokumentacji medycznej oraz do innych związanych z tym czynności.

.....
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej)

.....
(podpis przedstawiciela uczelni)

* niepotrzebne skreślić