

Wysokie Mazowieckie, .....

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

**Pan Dyrektor  
Szpitala Ogólnego  
w Wysokiem Mazowieckiem**

### **WNIOSEK**

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz. 159) proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem (poprzez wydanie kopii / wyciągu / odpisu dokumentacji medycznej lub zaświadczenia).

.....  
.....  
.....  
Dokumentację odbiorę osobiście / proszę przesłać przesyłką pocztową za pobraniem.  
Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy obowiązku poniesienia kosztów wydania dokumentacji medycznej oraz kosztów przesyłki realizowanej za pobraniem.

.....  
Podpis

Wydano ..... stron z .....

Nr rachunku .....