

Nr. ewid. dz. _____

WNIOSEK / OŚWIADCZENIE

dla celów identyfikacji osób przy udostępnianiu dokumentacji medycznej przechowywanej w Składnicy Akt

Dane personalne osoby wnioskującej o dokumentację					
01	Nazwisko		08	Telefon nr.	
02	Nazw. Panień.		09	Miejsce zamiesz.:	
03	Imiona		10	Ulica	
04	Imię ojca		11	Numer domu	
05	Imię matki		12	Numer mieszkania	
06	Data urodzenia		13	Kod pocztowy	
07	PESEL.		14	Poczta	

Dane personalne pacjenta (osoby, której dotyczy wnioskowana dokumentacja)					
01	Nazwisko		09	Miejsce zamiesz.:	
02	Nazw. Panień.		10	Ulica	
03	Imiona		11	Numer domu	
04	Imię ojca		13	Numer mieszkania	
05	Imię matki		13	Kod pocztowy	
06	Data urodzenia		14	Poczta	
07	Telefon nr.		15	Gmina	
08	PESEL		16	Województwo	
17	Nazwa szpitala w którym odbywało się leczenie w/w				
18	Specjalizacja (Przychodnia/Oddział)				
19	Okres leczenia				

Proszę o wydanie na podstawie przechowywanej w Waszej Składnicy Akt dokumentacji:

01		
02		
03		
04		
05		

Otrzymana dokumentacja zostanie wykorzystana do celów:

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność prawna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym imię, nazwisko, nazwisko panięskie, imiona rodziców, data urodzenia, adres zamieszkania, PESEL, nr telefonu, danych o leczeniu, przez spółkę Archiwa Opolskie Sp. z o.o. z siedzibą w Niemodlinie (49-100 Niemodlin, ul. Korfantego 42), w celu otrzymania potwierdzenia leczenia na podstawie przechowywanej w jej składnicy akt dokumentacji.

data i czytelny podpis wnioskodawcy