

Olsztyn, dn.

.....
pieczęć Uczelni

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko:

Adres do korespondencji:

e-mail:

Tel. kontaktowy:

Zakres wnioskowanej dokumentacji (dane, które mają zostać udostępnione, oddział lub poradnia, przedział czasowy)

.....
.....
.....

Cel naukowy (rodzaj i tytuł pracy itp.)

.....
.....

.....
data, pieczęć i podpis Wnioskodawcy (przedstawiciela Uczelni)

Oświadczam, że zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji

.....
podpis osoby upoważnionej

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację medyczną

Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej sprawdzono na podstawie

..... seria nr
nazwa dokumentu tożsamości

Ilość stron

Wniesiono opłatę (gotówka) w wysokości zł

.....
data, czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację