

Szpital Kliniczny MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	<b>Wniosek          o udostępnienie dokumentacji medycznej w celach          naukowych</b>	F-PP-1-0-2
---	--	------------

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