

.....
(Imię i nazwisko osoby lub nazwa podmiotu)

.....
(PESEL osoby lub Regon podmiotu)

.....
(adres zamieszkania osoby lub siedziby podmiotu)

.....
(telefon kontaktowy osoby wnioskującej lub upoważnionej przez podmiot do odbioru danych)

Na podstawie^{*)}/ W związku z^{*)}
(podać podstawę prawną / przyczynę złożenia wniosku)

zwracam się do Dyrektora SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie z prośbą o udostępnienie danych medycznych
dotyczących:

.....
(podać czego dane mają dotyczyć **)

w postaci: wydruku (-ów)^{*)}, pliku danych (wersja elektroniczna)^{*)} w formacie^{**) .}

Do odbioru danych zgodnie ze specyfikacją upoważniam
(imię i nazwisko osoby upoważnionej przez podmiot
lub gdy odbiorcą nie jest wnioskodawca)

legitymującej się dowodem osobistym.....

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, iż:

1. termin realizacji wniosku określi Dyrektor SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie i zależny on będzie jest od bieżących możliwości organizacyjnych i technicznych Szpitala,
2. na składającym wniosek ciąży obowiązek precyzyjnego określenia jakiego rodzaju informacji oczekuje oraz w jakiej formie i postaci (dokument materialny, dokument elektroniczny) chce uzyskać wnioskowany dokument,
3. Dyrektorowi SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie przysługuje prawo odmowy realizacji wniosku, o czym wnioskodawca zostanie powiadomiony na piśmie (z podaniem przyczyny odmowy),
4. Dyrektor SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie może się zwrócić do Wnioskodawcy o uściślenie treści wniosku, a brak odpowiedzi ze strony Wnioskodawcy w terminie 21 dni od decyzji Dyrektora będzie traktowany jako wycofanie wniosku przez Wnioskodawcę,
5. w przypadku konieczności poniesienia przez SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie kosztów realizacji wniosku zobowiązują się do ich pokrycia. Do ich pokrycia wnioskodawca zobowiązuje się również w sytuacji, gdyby nie odebrał dokumentów powstałych w wyniku realizacji wniosku.

Olsztyn, dnia
(Imię i nazwisko osoby lub nazwa podmiotu)

Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem/Kierownik komórki:

→**wyrażam/nie wyrażam** zgodę/-y na udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym we wniosku^{*)}

Uzasadnienie

Olsztyn, dnia
(Pieczęćka i podpis Ordynatora/Lekarza kierującego Oddziałem/Kierownika komórki)

*) - niepotrzebne skreślić,

**) - w przypadku, gdy niezbędnym dokładne opisanie i/lub scharakteryzowanie zbioru proszę ten opis zawrzeć w załączniku, a w pozycji wpisać: „Załącznik Nr”,