Załącznik nr 20 do Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych wprowadzonej Zarządzeniem nr 17 z dnia 30 kwietnia 2021 r. Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie



................................................................... Olsztyn, dnia...................

Imię i Nazwisko

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

Adres zamieszkania

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

PESEL/ nr dokumentu tożsamości

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

Nr telefonu

**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego**

**w Olsztynie**

**ul. Pstrowskiego 28b**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej, dotyczącej udzielenia

pomocy,Pani/Panu......................................................................................................................

dnia....................................................................................................................przez:

* Zespół Ratownictwa Medycznego\*
* Zespół Transportowy\*
* Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną\*

Dokumentację medyczną odbiorę osobiście\*

Dokumentację medyczną odbierze osoba upoważniona\*

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

*(Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)*

\*- podkreślić właściwe

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

Czytelny podpis wnioskodawcy

Olsztyn, dnia .......................

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej, dotyczącej udzielenia pomocy medycznej,Pani/Panu.................................................................................................................w dniu ..............................................................................

Sprawdzono zgodność z dok. tożsamości

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

Podpis osoby wydającej Czytelny podpis odbierającego