

*Wzór nr 4 „Wniosek o przesłanie dokumentacji medycznej ”
do Zarządzenia nr.....
z dnia*

Dyrektora 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach

Żary, dnia

WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane wnioskodawcy

- 1) Imię i nazwisko.....
- 2) Adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. W związku z brakiem możliwości odbioru dokumentacji medycznej , o która wnioskowałam/tem Uprzejmie proszę o przesłanie na mój koszt kserokopii dokumentacji medycznej na poniżej wskazany adres:

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie będą obciążały 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach.

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów przesyłki poleconej oraz kosztów przygotowania dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem

Oświadczam, że należność za przygotowanie dokumentacji medycznej oraz za koszty przesyłki ureguluję wstawić opcje do wyboru.

- przelewem bankowym przed otrzymaniem faktury Vat lub paragonu (przedpłata po uzgodnieniu kwoty całości należności),
- przelewem bankowym po otrzymaniu faktury Vat razem z sporządzoną dokumentacją medyczną,
- za pobraniem jak za przesyłkę poleconą

.....
(data i czytelny podpis osoby występującej z wnioskiem)