

**ZLECENIE PRZESŁANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZA POŚREDNICTWEM OPERATORA POCZTOWEGO**

Dotyczy pacjenta: PESEL

Dane zlecającego/adres wysłania dokumentacji medycznej (DRUKOWANYMI LITERAMI):

Imię, Nazwisko:

Ulica, nr domu, nr mieszkania:

Kod pocztowy, miejscowość:

Zlecam Uniwersyteckiemu Szpitalowi Dziecięcemu w Krakowie przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem operatora pocztowego na wskazany powyżej adres. Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty kosztu przesłania, do którego doliczony zostanie koszt udostępnienia dokumentacji medycznej. Całość płatna przy odbiorze.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym w Szpitalu cennikiem przesłania dokumentacji medycznej i akceptuję jego treść. Oświadczam także, iż poinformowano mnie o możliwości udostępnienia (odbioru) dokumentacji medycznej w siedzibie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.

Data: Czytelny podpis:.....

Wypełnia Szpital

Data wpływu:

Nr sprawy/wniosku:

Podpis pracownika: