



# SPECJALISTYCZNY OŚRODEK OKULISTYCZNY

dr n. med. Małgorzata Jarzębińska-Večeřova Sp.J.

## Wniosek o przesłanie pocztą kopii dokumentacji medycznej

### 1. Dane wnioskodawcy

1) Imię i  
nazwisko.....

2) Adres  
zamieszkania.....

PESEL .....

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

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

Jednocześnie oświadczam, iż wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem  
dokumentacji nie będzie obciążało Specjalistycznego Ośrodka Okulistycznego  
we Wrocławiu na ulicy Stawowej 12

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

Oświadczam, że należność za przygotowanie dokumentacji medycznej  
oraz za koszty przesyłki ureguluję przelewem bankowym przed otrzymaniem  
faktury Vat lub paragonu ( przedpłata po uzgodnieniu kwoty całości należności ).

.....

( data i czytelny podpis osoby występującej z wnioskiem )