



# GLÓWNY OŚRODEK BADAŃ LOTNICZO-LEKARSKICH AEROKLUBU POLSKIEGO WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA SPORTOWO- LEKARSKA

wyróżniony Dyplomem Honorowym  
Federation Aeronautique Internationale w Paryżu  
NIP 526-030-03-45 REGON 00702616100023

50-348 Wrocław, ul. H. Sienkiewicza 110, sekretariat tel. (71) 792 40 92, rejestracja (71) 328 28 92,

e-mail: sekretariat@gobll.pl



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuję o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- odpis z oryginału dokumentacji medycznej potwierdzony za zgodność
- odpis z oryginału dokumentacji medycznej z badań lotniczo-Lekarskich potwierdzony za zgodność

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / KLL : .....
- okres badania/ leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii/odpisu z oryginału dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem Głównego Ośrodka Badań Lotniczo Lekarskich Aeroklubu Polskiego we Wrocławiu z którym się zapoznałem.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/ udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację