

Inowrocław, dnia .....

**WNIOSEK NR ...../20.....**

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

śp. ....

PESEL ..... zmarłym(-ej) w dniu ..... w .....

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) .....

(wpisać stopień pokrewieństwa)

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- wgląd
- odpis
- kserokopia
- na elektronicznym nośniku danych
- przesłanie drogą elektroniczną na adres: .....

Zakres:

- w całości
- w części .....

Okazano:

Akt zgonu nr .....

Akt małżeństwa nr .....

Akt urodzenia nr .....

Inny dokument: .....

.....

*data i podpis*