

Nałęczów, .....  
data

**Dane organu uprawnionego**

.....  
Nazwa instytucji oraz adres

.....  
Imię i nazwisko pracownika upoważnionego do pobrania oryginału

Ja, niżej podpisany / a, legitymujący się dowodem osobistym nr .....  
oświadczam, że otrzymałem / am oryginał dokumentacji medycznej pacjenta

.....  
imię i nazwisko, data urodzenia, adres

Rodzaj dokumentacji, ilość stron.....

w celu.....

Zobowiązuję się do zwrócenia dokumentacji do dnia.....  
nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji medycznej oraz do przestrzegania zasad  
poufności oraz ochrony danych osobowych.

.....  
czytelny podpis odbierającego dokumentację

.....  
podpis pracownika wydającego dokumentację

---

**Potwierdzenie zwrotu dokumentacji**

Potwierdzam że w dniu ..... otrzymałem /otrzymałam oryginały dokumentacji medycznej  
wyżej wymienionego pacjenta. Dokumentację zwrócono kompletną / W dokumentacji stwierdzono następujące  
braki\* :

.....  
.....

.....  
Podpis pracownika przyjmującego dokumentację

\*- niepotrzebne skreślić

Nałęczów, .....  
Data

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
podpis pracownika wydającego dokumentację

.....  
czytelny podpis odbierającego dokumentację