

Załącznik nr 1 do Regulaminu przejmowania, przechowywania
i udostępniania dokumentacji medycznej
w Wojskowej Izbie Lekarskiej

.....
imię i nazwisko

.....
miejsce, data

.....
adres korespondencyjny

.....
nr telefonu

Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie
ul. Jana Pawła Woronicza 15
02-625 Warszawa

**WNIOSEK O PRZEJĘCIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ZMARŁYM
LEKARZU/LEKARZU DENTYŚCIE***

Imię i Nazwisko zmarłego lekarza/lekarza dentystry:

Numer Prawa Wykonywania Zawodu:.....

Adres miejsca, w którym znajduje się dokumentacja medyczna podlegająca przejęciu:

.....
.....
Rodzaj dokumentacji: papierowa/elektroniczna*

Szacunkowa ilość dokumentacji (w sztukach; ilość i rodzaj nośników danych):

.....
Forma dokumentacji medycznej (kartoteki, zeszyty, plik elektroniczny, itp.)

Uwagi:

.....
Podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić