



.....  
(pieczęć uczelni)

....., dnia .....

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu  
41-200 Sosnowiec  
Pl. Medyków 1.

**Wniosek  
o udostępnienie dokumentacji medycznej  
szkole wyższej/instytutowi badawczemu**

Na podstawie art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zwracam się z wnioskiem o udostępnienie niżej wymienionemu/jej dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko: studenta/ doktoranta/ słuchacza\*

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu, adres e- mail.....

2. Przeznaczenie udostępnionych danych: cele naukowe – napisanie pracy.....

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

(proszę wyszczególnić rodzaj pracy oraz podać jej tytuł)

3. Zakres żądanych informacji ze zbioru.....

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

(wskazać jakie dane mają zostać udostępnione)

4. Informacje umożliwiające wyszukiwanie w zbiorze żądanych danych:.....

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

(należy podać mi.in. oddział, przedział czasowy żądanej dokumentacji)

Jednocześnie upoważniam w/w studenta/ doktoranta/ słuchacza\* do prowadzenia korespondencji ze Szpitalem w przedmiotowej sprawie, uzyskania dokumentacji medycznej, wniesienia w imieniu wnioskodawcy opłaty za kserokopię dokumentacji medycznej oraz innych związanych z tym czynności.

.....  
(podpis studenta, doktoranta, słuchacza)

.....  
(podpis przedstawiciela uczelni)

\* właściwie zakreślić