………………………………

 *(miejscowość, data)*

……………………………………..

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

………………………………………………

……………………………………………….

*(adres)*

……………………………………………….. **WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA**

*PESEL*  **UL. NOWOWIEJSKIEGO 51**

………………………………………………… **61-734 POZNAŃ**

*numer telefonu*

**WNIOSEK**

 Zwracam się z prośbą o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu:

…………………………………………………………………………(*imię i nazwisko lekarza*) …………………………………………………………………………….*(adres praktyki lekarskiej)* w zakresie:

- całość dokumentacji TAK lub NIE\*

- za okres od ………….do ……………….\*

 Dokumentację odbiorę osobiście w sekretariacie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej/ proszę przesłać listem poleconym na powyższy adres\*/ proszę przesłać elektronicznie na adres poczty e-mail:………………………………………………………………………………………………………………\*

 Oświadczam, że zaznajomiłam/ em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Wielkopolską Izbę Lekarską dostępną na stronie internetowej https://wil.org.pl/dane-kontaktowe/

 ……………………………………………

 *(czytelny podpis)*

Jeśli wniosek dotyczy małoletniego proszę wypełnić poniższe pola:

………………………………………………(imię i nazwisko małoletniego)

……………………………………………….(numer PESEL małoletniego)

………………………………………………..(data urodzenia małoletniego)

………………………………………………..(stosunek pokrewieństwa)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych małoletniego oraz że zaznajomiłam/ em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Wielkopolską Izbę Lekarską dostępną na stronie internetowej https://wil.org.pl/dane-kontaktowe/

……………………………………………

 *(czytelny podpis)*

*\*niepotrzebne skreślić*