Poznań, dnia

…………………………………………

(pieczęć uczelni)

**Do Dyrektora**

**Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera**

**Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**ul. Szpitalna 27/33**

**60-572 Poznań**

Na podstawie art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.) zwracam się z wnioskiem o udostępnienie niżej wymienionemu/ wymienionej, dokumentacji medycznej w zakresie określonym poniżej bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

1. Imię i nazwiskostudenta, doktoranta lub słuchacza\*…………………………………………………………………………………………………………..

adres do korespondencji, numer telefonu lub adres e-mail ……………………..…………………………………………………………..…………….

………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………….

**2.** Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych: cele naukowe – napisanie pracy, cele statystyczne, cele dydaktyczne \*

…………………………………………………………………...………………………..……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….…...……………………………………………………………………………………….

(należy wpisać cel, rodzaj pracy oraz jej tytuł)

**3.** Zakres żądanych informacji

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….

(należy wskazać, jakie dane mają zostać udostępnione)

Jednocześnie upoważniam wyżej wymienionegostudenta, doktoranta, słuchacza\*doprowadzenia korespondencji ze Szpitalem w przedmiotowej sprawie, dostępu do wskazanej powyżej dokumentacji medycznej, wniesienia w imieniu niniejszego wnioskodawcy opłaty za kserokopię dokumentacji medycznej oraz do innych związanych z tym czynności.

……………………………………… ……………………………………………

(podpis studenta, doktoranta, słuchacza) (podpis przedstawiciela uczelni)

\*właściwe zakreślić