

**SPITALUL MUNICIPAL COSTACHE NICOLESCU DRĂGĂȘANI**

Str.Dr.Dumitru Bagdasar, Nr.2
Drăgășani - Jud.Vâlcea
E-mail: spitaldrag@yahoo.com

Cod fiscal:2574042
Fax: 0371.503.558
www.smcnd.ro

Tel: 0371.504.825
0371.504.826
0371.504.827

Nr. _____ din ____/____/____

Aprobat
Manager
Dr.Miu Ion Dan Mircea

Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale**Către Spitalul Municipal Costache Nicolescu Dragasani**

1.Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____,

2.Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentat legal al pacientului* _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal pacient _____, (*în cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)

3.Subsemnatul _____ (numele și prenumele împuternicitului), cod numeric personal _____, în calitate de împuternicit al pacientului* _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal pacient _____, (*se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale)

vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate/starea de sanatate a pacientului și la actele medicale efectuate:

La prezenta solicitare, anexez urmatoarele documente:

- copie act de identitate
- dovada reprezentant legal (punctul 2) (certificat de nastere minori/copie act juridic prin care se desemneaza reprezentantul legal al pacientului-in cazul majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)
- acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale (punctul 3)
- dovada achitare taxa eliberare document
- altele (specificati) _____

Doresc ca informatiile sa imi fie furnizate:

- in format electronic la urmatoarea adresa de e-mail _____
- personal, de la secretariatul spitalului, dupa anuntare prin telefon, program L-V 8.00 - 16.00
- la adresa: strada _____ bloc ___ ap ___ localitatea _____
judetul _____ telefon _____ fax _____

Sunt de acord sa achit taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (daca solicit copii in format scris), cat si taxele de expediere.

Data: ____/____/____

Va multumesc,

(semnătura persoanei care a solicitat și a primit copii
ale documentelor medicale)