

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő



OSZTÁLY/ EGYSÉG:		
BETEG NEVE:		SZÜL.IDEJE:
KÉRELMEZŐ NEVE: (Amennyiben a beteg és a kérelmező nem ugyanaz a személy, akkor meghatalmazás kell a beteg részéről.)		ANYJA NEVE: LAKCÍME:
A MÁSOLANDÓ DOKUMENTUM MEGNEVEZÉSE, KERESÉST SEGÍTŐ ADATOK: (egység neve, diagnózis, távozás dátuma)		
KÉRÉS INDOKA:		
..... kérelmező aláírása		
Másolandó oldalak száma:		
Másolási dokumentum kikeresési és kiadási költség A /4 oldalanként 100 Ft, A/3 oldalanként 100 Ft, teljes egészségügyi dokumentáció vagy 50 oldal felett 5000 Ft, amely az ÁFÁ-t is tartalmazza.		
KÉRÉS KELTE: (Adatvédelmi felelős tölti ki)	BEFIZETÉS KELTE: Pénztárbizonylat száma:	MÁSOLÁS HATÁRIDEJE: (Adatvédelmi felelős tölti ki)
ENGEDÉLYEZÉS:		
..... IAVF (orvosigazgató)		

A BEFIZETÉS MEGTÖRTÉNT, A KÉRT MÁSOLATOT ÁTVETTEM.

.....
kérelmező aláírása

IRATMEGŐRZÉS IDŐTARTAMA 5 ÉV.

A dokumentum kódja: SZ-03/A03
File név: SZ-03/ A03
Érvénybelépés időpontja: 2019.11.26.

Oldal: 1/1
Változat száma: 3