Gdańsk, dnia ……

**WNIOSEK NR ……/20……**

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

śp. .....

PESEL ..... zmarłym(-ej) w dniu ..... w .....

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) .....
(wpisać stopień pokrewieństwa)

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- wgląd
- odpis
- kserokopia
- na elektronicznym nośniku danych
- przesłanie drogą elektroniczną na adres: .....

Zakres:

- w całości
- w części .....

Okazano:
Akt zgonu nr .....
Akt małżeństwa nr .....
Akt urodzenia nr .....
Inny dokument: .....

.....
*data i podpis*