

Załącznik nr 1
do instrukcji postępowania w związku
z przejmowaniem dokumentacji
medycznej po zmarłych lekarzach
przez OIL w Koszalinie

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
nr telefonu

.....
Adres korespondencyjny

**Okręgowa Izba Lekarska
w Koszalinie
ul. Orzechowa 40
75-667 Koszalin**

**WNIOSEK O PRZEJĘCIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ZMARŁYM
LEKARZU/LEKARZU DENTYŚCIE***

IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY	
NR PWZ ZMARŁEGO LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY	
ADRES MIEJSCA, W KTÓRYM ZNAJDUJE SIĘ DOKUMENTACJA MEDYCZNA PODLEGAJACA PRZEJĘCIU	
SPECJALIZACJA ZMARŁEGO LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY	
RODZAJ DOKUMENTACJI	PAPIEROWA/ELEKTRONICZNA*
SZACUNKOWA ILOŚĆ DOKUMENTÓW (W SZTUKACH/METRACH BIEŻĄCYCH*)	
FORMA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (KARTOTEKI, ZESZYTY ITP.)	
INNE INFORMACJE	

.....
Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić