

Dane Wnioskodawcy

.....

(Imię i nazwisko lub nazwa organu)

Adres:

Dane kontaktowe (e-mail, telefon)

.....

Dyrektor SPZOZ we Włodawie

WNIOSEK

o udostępnienie nagrania rozmowy telefonicznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie zapisu nagrania rozmowy telefonicznej z dnia....., przeprowadzonej o godz..... z numeru telefonu.....

Uzasadnienie potrzeby uzyskania nagrania rozmowy telefonicznej

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Decyzja Dyrektora SPZOZ we Włodawie

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

.....

Data i podpis Dyrektora SPZOZ we Włodawie