

Ryki, dnia

.....
Imię nazwisko lub nazwa organu

.....
Adres

.....
PESEL

.....
Tel. kontaktowy, e-mail

**PREZES ZARZĄDU
SZPITALA POWIATOWEGO w Rykach sp. z o. o.**

**ul. Żytnia 23
08-500 Ryki**

WNIOSEK

o udostępnienie (zabezpieczenie) nagrania z monitoringu wizyjnego

Data i miejsce oraz przybliżona godzina zdarzenia:

.....

Krótki opis zdarzenia:

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

Wskazanie celu otrzymania nagrania z monitoringu:

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

.....
Czytelny podpis wnioskującego

Decyzja Prezesa Zarządu: