

Lubartów, dnia.....

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)
.....

.....
adres

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów
sekretariat@spzoz-lubartow.pl**

**WNIOSEK
o zabezpieczenie nagrania z monitoringu wizyjnego**

Zwracam się z prośbą o zabezpieczenie nagrania z monitoringu wizyjnego
SOR Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie

.....
.....
.....
(dokładna data, czas i miejsce zarejestrowanego zdarzenia)

Uzasadnienie:.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja Dyrektora:
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
(data i podpis)

