

Radoszyce, dnia

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji :

Imię i Nazwisko: PESEL.....

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Ulica: Numer:.....

Kod pocztowy: Poczta: Województwo:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Dane pacjenta PZOZ w Radoszycach (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- sporządzenie i wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji do wglądu

z leczenia w: POZ Poradni wyników badań

w celu

za okres od: do

- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana _____
legitymującego się dowodem osobistym nr _____.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej

.....
data, czytelny podpis odbierającego