

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

WNIOSKODAWCA:

Imię, Nazwisko, PESEL

*Telefon/ Adres e-mail**

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię, Nazwisko, PESEL/ Data urodzenia

UWAGI:

** Adres e-mail należy podać tylko w sytuacji jeśli dokumentacja ma być udostępniona mailowo.*

Data i podpis

W przypadku nie odebrania przygotowanej kopii dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od jej przygotowania, kopia może zostać zniszczona.

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu _____

Data i podpis