NZOZ KardioNeuroMED
Przychodnia Specjalistyczna
23-400 Biłgoraj, 3 Maja 87a

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dokumentacja ma zostać wydana:

……
(imię i nazwisko)

PESEL…….....

ZAKRES: Proszę określić jaka dokumentacja ma zostać wydana (jaki specjalista/poradnia, rodzaj badania - data)

……..

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y……
(seria i nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem)
zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii w/wymienionej dokumentacji medycznej do celów……

……..

…… …….....
(Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek) (Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Planowany termin odbioru dokumentacji…….

Potwierdzam odbiór dokumentacji……..

(Data i czytelny podpis osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji)