

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia

w tutejszym Zakładzie.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
miejsce urodzenia, PESEL, nr i seria dowodu osobistego

w formie kopii, w ilości.....
(proszę wpisać ilość stron)

.....
czytelny podpis uprawnionego

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej w formie.....

.....

w ilości
(proszę wpisać ilość stron)

.....
(czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)