



Mielec, dn

Wniosek o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej dla

.....

(imię i nazwisko pacjenta, PESEL, adres zamieszkania)

.....

(rodzaj dokumentacji, za jaki okres itp.)

będącej w posiadaniu Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „PIĄTKA”

.....

(podpis pacjenta)

Odebrałem/am osobiście w dniu

.....

(podpis pacjenta)

Odebrałem/am na podstawie upoważnienia w dniu

.....

(podpis pacjenta)