…….. ……
Imię i Nazwisko Miejscowość i data

……..……..
Adres zamieszkania

……..……..
Pesel

NZOZ PLR CECYLIA KWABISZEWSKA
UL. SIENKIEWICZA 1B
87-140 CHEŁMŻA

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej dla: mnie / innej osoby[1], tj.:

……, zamieszkałej:……

W załączeniu przedstawiam następujące dokumenty:……

Zobowiązuję się jednocześnie do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentów, wynikającej z pomnożenia liczby kserowanych stron i stawki……gr/stronę.

……..…….
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Ustalono z Wnioskodawcą, że dokumentacja medyczna zostanie przygotowana w terminie do dnia:……., godzina:……..

Pozostałe ustalenia:……...

……..…….
Czytelny podpis Przyjmującego Wniosek

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionej dokumentacji medycznej

……..…….

Data i Czytelny podpis Obierającego

[1] Niepotrzebne skreślić