

Warszawa , dniaroku

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

Imię i Nazwisko: PESEL.....

Adres zamieszkania:

Miasto: Ulica: Numer:

Kod pocztowy:

Telefon kontaktowy:

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem

z leczenia: Ambulatoryjnego Szpitalnego Rehabilitacyjnego

za okres od: do.....

Forma odbioru dokumentacji medycznej:

- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście;
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać pocztą na wskazany adres.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
Data

.....
czytelny podpis odbierającego