

Warszawa , dnia .....roku

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

Imię i Nazwisko: ..... PESEL.....

Adres zamieszkania:

Miasto: ..... Ulica: ..... Numer: .....

Kod pocztowy: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail:.....

**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 na wskazany adres:.....

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....  
czytelny podpis odbierającego

*Za wydaną dokumentację medyczną nie jest pobierana płatność.*