

Warszawa, dnia.....roku

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko:.....PESEL.....

Adres zamieszkania, Ulica:.....

Miasto:..... Kod pocztowy:.....

Telefon kontaktowy: adres 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 wnioskodawcy

Za wydaną dokumentację medyczną nie jest pobierana płatność.

ORTOPEDIKA MOKOTÓW

Al. Niepodległości 69
02-626 Warszawa
tel. +48 (22) 322 70 60
tel. kom. +48 882 667 487

ORTOPEDIKA BIELANY

ul. Przybyszewskiego 69
01-824 Warszawa
tel. +48 (22) 897 68 42

ORTOPEDIKA GDAŃSK

ul. Hemara 17
80-280 Gdańsk
tel. +48 (58) 760 15 08

ESTETIKA

Ośrodek Zdrowia i Urody

ul. Zięby 41
02-626 Warszawa
tel. +48 501 70 90 50