

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