

## WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

- rodzaj dokumentacji : .....
- zakres czasowy: .....

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: .....

– numer dowodu osobistego: .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

Data: .....

Podpis : .....