

Nałęczów, _____
data

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania,

Ja niżej podpisany / -a legitymujący się dowodem osobistym nr, PESEL nr
zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej mojej choroby z poradni

.....
Za okres od.....do.....

.....
Podpis pacjenta

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Ja niżej podpisany / -a potwierdzam że w dniu otrzymałem /otrzymałam kopię
dokumentacji medycznej mojej choroby

.....
Podpis pacjenta