

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Trzyciążu
- Zakład Opieki Zdrowotnej

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

3. Za okres:

nd co

4. Cel wydania:

5. Odbiór:

nsobisty

orzez osobę upoważnioną

Nazwisko i imię, dowód tożsamości

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy