

Podd bice, , dn. ....

.....  
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....  
Adres wnioskodawcy

.....  
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MO -MED" Spółka Jawna Mo d an  
99-200 Podd bice, ul. MIŁA 27

## Wniosek o udost pnienie dokumentacji medycznej

Zwracam si z pro b o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta: .....  
Nazwisko i imi  
.....  
Adres zamieszkania  
.....  
PESEL

sporz dzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

5. Za okres:

od ..... do .....

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osob upowa nion .....  
Nazwisko i imi , dowód to samo ci

.....  
Data i podpis osoby przyjmuj cej wniosek

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy