WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia…….

Centrum Medyczne Babka Medica ul. Słomińskiego 19 lok. 517, 00-195 Warszawa

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
pełnej*/częściowej* własnej*/dziecka*/osoby pod opieką prawną* w zakresie:
……

Dane pacjenta:
Imię i nazwisko ……
PESEL……...
Adres zamieszkania…….....…..
…...……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..
Nr karty pacjenta....……..……..……..……..……..……..……..……..……..…

…….. ……..
(Podpis osoby przyjmującej wniosek) (Podpis osoby składającej wniosek)

* Niepotrzebne skreślić

POTWIERDZENIE ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej przeze mnie dokumentacji medycznej.

…… …….
(Numer i seria dokumentu tożsamości) (Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

Wszelkie prawa zastrzeżone 1/1