

Gdańsk, .....

Imię i Nazwisko

.....

Pesel lub data urodzenia

.....

Adres zamieszkania (lub korespondencji)

.....

Numer dowodu tożsamości

.....

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:.....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- Osobiście

- Upoważniam .....

(imię, nazwisko, numer dokumentu tożsamości)

- Poproszę o wysłanie drogą elektroniczną: .....

- Proszę o wysłanie pocztą (za potwierdzeniem odbioru)

.....  
Podpis

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:.....

Data i czytelny podpis