



PRESTIGEMEDICAL

Data

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania Telefon:

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania Telefon:

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem z leczenia w poradni za okres od: do.....

Forma odbioru dokumentacji medycznej:

- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście;
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres:
..... ,
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres mail:
..... ,
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana.....
(wg dołączonego upoważnienia).

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis odbierającego