

Wałbrzych, dnia

Wniosek o wydanie kserokopii/wydruku/odpisu* dokumentacji medycznej

1.DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy .:

Nazwisko Imię (imiona)..... PESEL

Adres zamieszkania..... Nr telefonu

2. ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI (poradnia)

.....

.....

.....

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)
dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej

* Właściwe podkreślić