

Załącznik nr 1 do procedury nr PA-2

Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Nr PESEL

.....
Adres(miejscowość, ulica)

**CENTRUM MEDYCZYNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP.
Z O.O. SP. K.
96-300 Żyrardów, ul. Wiejska 19/21 *)
Pęcice, ul. Kwiatów Polnych 4**

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii/CD* dokumentacji medycznej z mojego leczenia za okres:

.....
Do odbioru dokumentacji upoważniam/odbiorę osobiście*

Proszę o przesłanie na adres e-mail;.....

O dokumentację wnioskuję po raz pierwszy/kolejny*)

..... Podpis pacjenta/os. upoważnionej
Po sprawdzeniu tożsamości osoby odbierającej dokumentację wydano w dniu:

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

Potwierdzam odbiór dok. med.:

.....
Data i podpis pacjenta/os. upoważnionej

*) właściwe zaznaczyć