

Przyszowice, , dn.

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

FAMILIA MED Sp. z o.o. Spółka Komandytowa
44-178 Przyszowice, ul. Polna 30C

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imię
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.
.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.
.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:
.....

5. Za okres:
od do

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną
Nazwisko i imię, dowód tożsamości

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy