

Wrocław, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
.....
adres

.....
telefon kontaktowy

WNIOSEK

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

imię

.....
nazwisko

.....
PESEL

w okresie

od lekarza

.....
podpis

Pełnomocnictwo

Upoważniam legitymującego się
imię nazwisko

dowodem osobistym do odbioru kopii mojej dokumentacji
seria i nr

medycznej z Dolnośląskiego Centrum Medycznego DOLMED S.A.

.....
podpis

Odebrałam/-łem
data

.....
podpis