

Wrocław, dnia

.....

imię i nazwisko

.....

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

PESEL

.....

imię

nazwisko

w okresie od lekarza

.....

Podpis

Pełnomocnictwo

Upoważniam

imię

nazwisko

legitymującego się dowodem osobistym

seria i numer dowodu osobistego

do odbioru kopii mojej dokumentacji.

.....

Podpis

Odebrałam/-łem.....

data

podpis

Udostępnił (*podpis pracownika*):.....