



**WNIOSEK O WYDANIE KOPII
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

z dnia.....

Dane pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulica/ nr domu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy, Miejscowość

Ja, niżej podpisany/a:, zamieszkały/a
, legitymujący/a się dowodem osobistym nr:.....,
 zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w/w osoby, której jestem prawnym opiekunem, z leczenia w:

1. od dnia..... do dnia,
2. od dnia..... do dnia,
3. od dnia..... do dnia,
4.

SP ZOZ w Sejnach.

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentów, wynikającej z pomnożenia liczby skserowanych stron i stawki **0,30 zł**/stronę.

.....
(czytelny podpis)

Potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej:

.....
(Data i czytelny podpis)