WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia……..

Dane pacjenta:

Nazwisko

Imię

PESEL

Ulica/ nr domu

Kod pocztowy, Miejscowość

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr:……., zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej 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)