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)