



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 zobowiązuje 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)