

Częstochowa, dn.

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

NZOZ Przychodnia Lekarzy Specjalistów "MEDAR" Spółka z
O.O.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imię
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:
.....

3. Za okres:
nd co

4. Cel wydania:
.....

5. Odbiór:
 nsobisty
 orzez osobę upoważnioną
Nazwisko i imię, dowód tożsamości

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy