

WNIOSEK PACJENTA O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

za okres

Dane wnioskodawcy:

Imię

Nazwisko

PESEL.....

Ulica/ nr domu/nr
lokalu.....

Kod pocztowy, miejscowość.....

Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym
nr.....

zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej
mojej historii choroby/ historii choroby dziecka/ karty szczepień dziecka*)
.....

(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

znajdującej się w Państwa posiadaniu oraz upoważniam / nie upoważniam nikogo*
(imię i nazwisko).....
legitymującego (-ą) się dowodem osobistym nr
wydanym przez.....
do odbioru w/w dokumentacji.

Oświadczam, iż:

1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie
z cennikiem obowiązującym w Przychodni Intermed, ul. Karpacka 31, 85-164 Bydgoszcz

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)