

WNIOSEK O WYDANIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:, dnia.....

.....
Imię i nazwisko osoby występującej z wnioskiem

.....
Adres

.....
PESEL

.....
telefon

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Pionkach
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29**

Proszę o wydanie oryginałów indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

.....
.....
dane pacjenta, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, termin leczenia, oddział

Odbiór osobisty (z dokumentem tożsamości).

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru:

Nr dowodu osobistego.....

Podpis odbierającego.....

Data.....