Załącznik nr 3

Wniosek o kserokopię dokumentacji medycznej
Z Zespołu Poradni Specjalistycznych w Nowej Dębie

Imię i nazwisko wnioskodawcy……
Adres ……
Pesel ……..tel……..
Wnioskuję o kserokopię mojej dokumentacji z Poradni……..
……..
Zakres dokumentacji……
……..
Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z informacją dla pacjenta dotyczącą opłat za kserokopię dokumentacji medycznej.
Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam jednorazowo……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej……
Adres……..
Pesel……

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek data i podpis wnioskodawcy

---

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

……. ……..