

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Kamień, dn.

.....
Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

**Kierownik
Centrum Medycznego Kinesis s.c.**

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia
w poradni Nr historii choroby.....,
w okresie od do

Kserokopię dokumentacji medycznej **odbiorę osobiście***,

odbierze osoba upoważniona*

Imię i nazwisko

.....
pokrewieństwo

zam.....

.....
Czytelny podpis składającego podanie

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej na nazwisko

.....
Dane osoby odbierającej dokumentację:

.....
Imię i nazwisko

.....
Seria i nr dok. tożsamości

.....
PESEL

.....
Czytelny podpis odbierającego dokumentację

.....
Czytelny podpis wydającego dokumentację