

Wieluń, dn.

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

.....
(e-mail)

**DYREKTOR
SPZOZ w Wielunlu**

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

- kserokopii lub/i wydruku dokumentacji*
- płyty CD-ROM ze zdjęciami RTG lub/i tomografii komputerowej*
- karty wyjazdu karetki pogotowia do pacjenta w dniu

Pani/Pana

Adres

urodzonego dnia w

przebywającego na Oddziale

w okresie

korzystającego z Poradni

korzystającego z Ambulatorium Chirurgicznego* Internistycznego* SOR w dniu

Dokument jest potrzebny do

.....

Stosunek pokrewieństwa do osoby, której dotyczy dokumentacja lub dokument upoważniający do otrzymania dokumentacji

.....

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę

Opłata za wykonanie kserokopii / wydruku / kopii płyty CD-ROM w kwocie zł

Dokumenty wydano w dniu

.....
(podpis osoby wydającej dokument)

Potwierdzam odbiór dokumentacji/kserokopii/płyty CD-ROM:

.....
(data i podpis osoby odbierającej kserokopię)

* niepotrzebne skreślić