

Nr wniosku.....

Wieruszów, dnia.....

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tel.

Adres zamieszkania.....

Dokumentacja z poradni/oddziału (data wizyty/czas pobytu)*.....

*W przypadku dokumentacji z Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy proszę wpisać okres za jaki powinna być udostępniona spirometria

Odbiór*: osobiście pocztą; adres do wysyłki

drogą elektroniczną; adres mailowy

Podpis wnioskodawcy.....

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby, która udostępniła dokumentację

Wydanie nr 17 01.02.2024 r.

*Właściwie zaznaczyć

Nr wniosku.....

Wieruszów, dnia.....

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tel.

Adres zamieszkania.....

Dokumentacja z poradni/oddziału (data wizyty/czas pobytu)*.....

*W przypadku dokumentacji z Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy proszę wpisać okres za jaki powinna być udostępniona spirometria

Odbiór*: osobiście pocztą; adres do wysyłki

drogą elektroniczną; adres mailowy

Podpis wnioskodawcy.....

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby, która udostępniła dokumentację

Wydanie nr 17 01.02.2024 r.

*Właściwie zaznaczyć