

Katowice, dnia.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. Do kontaktu:.....

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany (-a) legitymujący (-a) się dowodem osobistym, nr.....
Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w
Poradni..... w celu.....

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii
dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w ZWPS w Katowicach.

.....
Podpis wnioskodawcy

Katowice, dnia.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. Do kontaktu:.....

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany (-a) legitymujący (-a) się dowodem osobistym, nr.....
Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w
Poradni..... w celu.....

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii
dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w ZWPS w Katowicach

.....
Podpis wnioskodawcy