

CITYMED IZIU Sp. z o.o.

ul. Sobieskiego 18, 02-957 Warszawa

NIP: 951-25-27-500

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE PACJENTA:			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:			
Kod pocztowy:		Miejscowość :	
Ulica / nr/ lokal			
Telefon:			

Proszę o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia

specjalizacja:.....

nazwisko lekarza:.....

w okresie od do :.....

Kopię dokumentacji medycznej odbiorę w siedzibie **CITYMED IZIU** ul. Sobieskiego 18,

Warszawa:

- osobiście;
- przez osobę upoważnioną

imię i nazwisko osoby upoważnionej :.....

rodzaj i nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej:

....., dn.

(miejscowość,

data)

.....

(czytelny podpis pacjenta)

Potwierdzenie odbioru:

- kserokopii dokumentacji medycznej, stron.....
- innego dokumentu

....., dn.

(miejscowość,

data)

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)