

Braniewo dnia _____

imię i nazwisko

adres zamieszkania

PESEL _____

Telefon _____

**Do Dyrektora WSPL
14-500 Braniewo
ul. STEFCZYKA 11**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej pełnej / częściowej*

*) niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko pacjenta _____

Adres zamieszkania _____

PESEL _____

Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie _____

W poradni specjalistycznej _____

(czytelny podpis wnioskodawcy, rodzica lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

(data i czytelny podpis odbierającego dokumentację)

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią _____

(imię i nazwisko)

(pesel oraz seria i numer dowodu osobistego)