

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

TELEFON: .....

### RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

• nazwa poradni / pracowni: .....

• za jaki okres: .....

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: .....

– numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Profesor Dziki Clinic –Ł.Dziki, A. Dziki sp. j.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Naliczono opłaty w wysokości: .....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

**Dokumentację wydano.**

.....  
data i podpis osoby **odbierającej** dokumentację

.....  
data i podpis pracownika **wydającego** dokumentację

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

TELEFON: .....

### RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

• nazwa poradni / pracowni: .....

• za jaki okres: .....

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: .....

– numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Profesor Dziki Clinic –Ł.Dziki, A. Dziki sp. j.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Naliczono opłaty w wysokości: .....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

**Dokumentację wydano.**

.....  
data i podpis osoby **odbierającej** dokumentację

.....  
data i podpis pracownika **wydającego** dokumentację