

.....  
(imię i nazwisko)

Sobótka, .....

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

**OŚRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ SP. Z O.O.  
UL. STRZELCÓW 2; 55-050 SOBÓTKA**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z poradni .....

..... za okres .....

pacjenta (imię i nazwisko).....PESEL.....

zamieszkałego: .....

Przygotowaną dokumentację medyczną odbiorę osobiście / proszę wysłać pocztą/ odbierze osoba upoważniona\*. Zobowiązuję się jednocześnie do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentów, wynikających z pomnożenia liczby kserowanych stron i stawki..... gr./zł

Zgodnie z ustawą „O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz.U. Nr 52, poz. 17 z 2009 z dnia 31 marca 2009 r.

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionej dokumentacji medycznej

.....  
czytelny podpis wnioskującego

\*niepotrzebne skreślić

.....  
data i czytelny podpis

Sobótka.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

Pełnomocnictwo  
**OŚRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ SP. Z O.O.  
UL. STRZELCÓW 2; 55-050 SOBÓTKA**

Upoważniam.....

(imię i nazwisko)

legitymującego się dowodem osobistym ..... do odbioru kopii

(seria i numer)

mojej dokumentacji medycznej z Ośrodka Medycyny Rodzinnej Sp. z o.o. w Sobótce..

.....  
czytelny podpis