



Ośrodek Medycyny Rodzinnej Sp. z o.o.
w Sobótce

Sobótka,

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

Podanie

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej /imię i nazwisko/

.....
PESEL:..... w okresie
od lekarza

Z powodu zmiany świadczeniodawcy.

.....
/podpis/

Pełnomocnictwo

Upoważniam /imię i nazwisko/.....,
legitymującego się dowodem osobistym seria nr
do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej z Ośrodka Medycyny
Rodzinnej Sp. z o.o.

.....
/podpis/