

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/