

.....
(Nazwisko i imię wnioskodawcy)

Międzybórz,.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

**Do Dyrektora
NZOZ OŚRODEK ZDROWIA
w Międzyborzu**

.....
(Seria i nr dowodu tożsamości)

1. Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszej placówce: Nazwisko i imię pacjenta Adres zamieszkania PESEL
2. Rodzaj dokumentacji medycznej:
3. Za okres: Od do
4. Cel wydania:
5. Odbiór: <input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną (Nazwisko i imię, dowód tożsamości)

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(Nazwisko i imię wnioskodawcy)

Międzybórz,.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

**Do Dyrektora
NZOZ OŚRODEK ZDROWIA
w Międzyborzu**

.....
(Seria i nr dowodu tożsamości)

1. Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszej placówce: Nazwisko i imię pacjenta Adres zamieszkania PESEL
2. Rodzaj dokumentacji medycznej:
3. Za okres: Od do
4. Cel wydania:
5. Odbiór: <input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną (Nazwisko i imię, dowód tożsamości)

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)