

Łódź, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko  
.....  
PESEL  
.....  
Adres zamieszkania  
.....  
Seria i nr dowodu osobistego

**WNIOSEK  
o wydanie dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

.....  
Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....  
Określenie rodzaju dokumentacji medycznej (poradnia, imię i nazwisko lekarza)

Dokumentację medyczną odbiorę: (właściwe zaznaczyć X)

osobiście

upoważniam.....

Imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym Remedium 93-177 Łódź, ul. Dąbrowskiego 17/21 oraz pokrycia kosztów przesyłki w przypadku nie odebrania dokumentacji osobiście.

.....  
Czytelny podpis

Łódź, dnia .....

**WYDANIE  
dokumentacji medycznej**

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....  
Imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego

Pobrano opłatę w wysokości

..... zł

Pracownik wydający dokumentację medyczną

.....  
Data i czytelny podpis

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....  
Data i czytelny podpis