

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

**Dyrektor WS – SP ZOZ w Zgorzelcu
ul. Lubańska 11 – 12**

**WNIOSEK
o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej: *wydanie kserokopii / do wglądu w siedzibie podmiotu** w zakresie danych:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
2. okres leczenia:

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam wydanie wnioskowanej dokumentacji

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

* niepotrzebne skreślić