

Jastrzębie-Zdrój, dnia

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

.....

Telefon

**Dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego nr 2
w Jastrzębiu-Zdroju**

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w:

.....
(nazwa oddziału szpitalnego, poradni)

.....

w okresie
(data pobytu)

Kserokopię dokumentacji odbiorę osobiście.

Oświadczam, iż zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z kserowaniem dokumentacji.

Kserokopia dokumentacji medycznej wydawana jest w celu

.....

.....

.....
Podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej

Nr dowodu osobistego

.....

Data i podpis odbiorcy