



CENTRUM MEDYCZNE CHODŹKI R.Stettner Sp.k.
20-093 Lublin, ul. Dra Witolda Chodźki 17/6
NIP 7123362738, REGON 369509812 KRS: 0000975409
tel. 81 740 55 55

(pieczęć placówki)

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

WNIOSEK

Działając w imieniu własnym/jako przedstawiciel ustawowy/jako osoba upoważniona*.

Zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

Nazwa przychodni/data wizyty.....

Dotyczącej: porady lekarskiej/leczenia ambulatoryjnego* w postaci kopii.

Dokumentację odbiorę osobiście.

Zobowiązuję się pokryć koszty udostępnienia, których wysokość jest mi znana

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

.....
(data, podpis osoby przyjmującej wniosek)

WYDANIE DOKUMENTACJI

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

**niepotrzebne skreślić*