

**WNIOSEK  
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja ....., zamieszkała/y w  
(*imię/imiona i nazwisko*)

..... przy ul. ....,

legitymująca/y się .....  
(*seria i numer dokumentu*)

proszę o wydanie dokumentacji medycznej :

1. imię i nazwisko Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy  
.....
2. proszę o wydanie dokumentacji medycznej:
  - a) wydanie kopii
  - b) wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu)  
(*proszę odpowiednią formę podkreślić*)
3. zobowiązuje się do pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem w Centrum Medycznym „SOPMED”.

Sopot, dnia .....

.....  
(*podpis*)

Podpis osoby przyjmującej wniosek .....