



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „**MEDOKIN**”
ul. Związku Walki Młodych 12, 02-786 Warszawa
tel: 22 855 55 20 | +48 601 501 438
email: kontakt@medokin.pl
www.medokin.pl

Warszawa, dn.

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię

PESEL

Adres (ulica, nr domu / mieszkania, kod pocztowy, miejscowość):

Ja, niżej podpisana/-ny

legitymująca/-y się dowodem osobistym seria/nr

zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby znajdującej się w Państwa posiadaniu.

Data i podpis wnioskodawcy

.....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/-ny

legitymująca/-y się dowodem osobistym seria/nr

potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby.

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

Data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....