

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Miejscowość, data.....

Oznaczenie wnioskującego*

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL/(w przypadku barku numeru PESEL data urodzenia)

**Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi
z siedzibą w Łodzi, ul. Felińskiego 7**

Wnoszę o udostępnienie mi kserokopii /wydruku /odpisu /wyciągu* dokumentacji
medycznej z poradni

.....
 z badaniami bez badań

za okres.....

Dokumentacja we wnioskowanym okresie udostępniana jest mi po raz:

- pierwszy
 kolejny

.....
podpis wnioskodawcy

Wypełnia osoba przyjmująca wniosek

Wniosek został złożony:

- osobiście
 telefonicznie
 elektronicznie
 innej.....

Osoba przyjmująca wniosek:

czytelnie imię i nazwisko

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Miejscowość, data.....

Oznaczenie wnioskującego*

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL/(w przypadku barku numeru PESEL data urodzenia)

**Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi
z siedzibą w Łodzi, ul. Felińskiego 7**

Wnoszę o udostępnienie mi kserokopii /wydruku /odpisu /wyciągu* dokumentacji
medycznej z poradni

.....
 z badaniami bez badań

za okres.....

Dokumentacja we wnioskowanym okresie udostępniana jest mi po raz:

- pierwszy
 kolejny

.....
podpis wnioskodawcy

Wypełnia osoba przyjmująca wniosek

Wniosek został złożony:

- osobiście
 telefonicznie
 elektronicznie
 innej.....

Osoba przyjmująca wniosek:

czytelnie imię i nazwisko