

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:

.....
imię i nazwisko
.....
adres zamieszkania
.....
PESEL
.....
telefon kontaktowy

Dyrektor
Wrocławskie Centrum Okulistyczne Sp. J.
ul. Zakładowa 11
50-231 Wrocław

Zwracam się z prośbą o wydanie / przesłanie* kserokopii dokumentacji medycznej mojego leczenia we Wrocławskim Centrum Okulistycznym / leczenia dziecka*, którego jestem przedstawicielem ustawowym:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Zakres żądanej dokumentacji

Czy wymagane potwierdzenie za zgodność z oryginałem:

tak

nie

Odbiór dokumentacji:

osobiście / osoba upoważniona (na podstawie pisemnego upoważnienia)

pocztą na adres*

.....

Zobowiązuje się również do pokrycia w całości kosztów wykonania kserokopii / i przesłania* dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis wnioskodawcy