

Gorzów Wlkp. dn.,

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

nr telefonu kontaktowego:

**Do PREZESA
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
w Gorzowie Wlkp.**

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z praktyki
prywatnej lekarza/lekarza dentysty:(adres
praktyki).....
z lat

.....
Podpis pacjenta

Dokumentacja medyczna wydana: po raz pierwszy/ kolejny raz*

Odpłatność: pobrano/nie pobrano*

Kwituję odbiór kserokopii dokumentacji medycznej:

.....
Data, podpis pacjenta

*nie potrzebne skreślić