

Gorzów Wlkp. dn.,

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

**Do Dyrektora
SPZOZ „Przychodnia Dworcowa”
w Gorzowie Wlkp.**

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z poradni:

.....
.....
z lat

.....
Podpis pacjenta

Kwituję odbiór kserokopii dokumentacji medycznej:

.....
Data, podpis pacjenta