Data……………………………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Adres wnioskodawcy

MED-PROFIL Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

44-144 Żernica, Olchowa 16c

Proszę o udostępnienie kopiidokumentacji medycznej pacjenta (imię, nazwisko, PESEL)

Dokumentacja dotyczy poradni

Dokumentacja dotyczy okresu od……………………………………………. do…………………………………………………

Rodzaj dokumentacji medycznej

Forma odbioru:

osobiście przez osobę upoważnioną (imię, nazwisko, PESEL) ………………………………………………….

drogą elektroniczną (adres mailowy) ……………………………………………………………………………………………

data, podpis osoby przyjmującej wniosek

podpis wnioskodawcy