Warszawa, dnia ........................................

**TRIGON ORTHOPEDIA S.C.**

**ul. Dereniowa 2c/226**

**02-776 Warszawa**

Zwracam się z prośbą o wykonanie kopii dokumentacji medycznej.

**Wnioskodawca:**

.......................................................................................................................................................

( imię i nazwisko)

.....................................................................................................................................................

(adres zamieszkania)

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tel. kontaktowy**......................................................

**Dokumentacja medyczna dotyczy :**

...........................................................................................................................................................

( imię i nazwisko)

...........................................................................................................................................................

(adres zamieszkania)

PESEL (lub data urodzenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zakres dokumentacji**

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Odbór dokumentacji:

☐ Osobiście

☐ Poczta

☐ Osoba upoważniona

☐ Poczta elektroniczna e-mail: ………………………………………………...

Zobowiązuje się pokryć koszty udostępniania.

……………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Wydanie dokumentacji**

Imię i nazwisko osoby odbierającej

dokumentację................................................................................................................................

Seria i numer dokumentu tożsamośći...........................................................................................

................................................................................

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)