

Warszawa, dnia

Gabinet SOFTMED-LASER 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

.....
.....

Odbiór 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 tożsamości.....

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)