



Załącznik nr 1 do QP - PP 04-01

Osoba wnioskująca:

Śrem, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
nr dokumentu tożsamości

.....
nr tel. kontaktowego

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PANI/PANA PESEL
(jeżeli dokumentacja nie dotyczy osoby wnioskującej)

NR KS. GŁ.

z Archiwum Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.

Oświadczam, że wnioskuję pierwszy raz/ kolejny raz * o wydanie kopii dokumentacji medycznej.

.....

wnioskodawca – czytelny podpis

* odpowiednio skreślić

Kserokopię dokumentacji medycznej wydano w dniu, pobrano opłatę zł

.....
podpis osoby wydającej