

Mazurskie Centrum Zdrowia
Szpital Powiatowy w Węgorzewie
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Leczonego (gdzie, w jakim okresie)

Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

.....
/data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/

Mazurskie Centrum Zdrowia
Szpital Powiatowy w Węgorzewie
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**OŚWIADCZENIE
ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Oświadczam, że w dniu odebrałem(łam) dokumentację medyczną

pacjenta:

.....
/data i czytelny podpis osoby odbierającej/

.....
/data i podpis osoby wydającej/