



„Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Redzie” Sp. z o.o.

84-240 Reda, ul. Łąkowa 1

NIP: 588-19-62-918

REGON: 192078622

tel/fax 58 678-35-12

biuro@nzo zre da. pl

Poradnia ogólna: 58 678-79-87 Poradnia dziecięca: 58 678-79-89

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko.....PESEL.....,
(dane osoby wnioskującej)

Seria i nr dowodu osobistegoAdres zamieszkania
.....,

Działając

- *w imieniu własnym
- *na podstawie udzielonego mi upoważnienia

zwracam się z prośbą o wydanie kopii/oryginału* dokumentacji medycznej

- *własnej
- *(imię nazwisko i nr PESEL pacjenta)

Wnoszę o wydanie dokumentacji medycznej:

- * osobiście
- * poprzez osobę przeze mnie upoważnioną

Zostałam/-em poinformowany o koszcie sporządzenia kopii zgodnie z cennikiem Przychodni.
(Wydanie kopii dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie podlega opłacie)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

*niewłaściwe skreślić