

.....  
*Imię i nazwisko*

Grodzisk Maz., dnia .....

.....  
*PESEL / data urodzenia*

.....  
.....  
*Adres*

.....  
*Tel. kontaktowy*

### **Wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego (np. **poradnia okulistyczna, internistyczna** itp.)

.....  
.....

.....  
*(nazwa poradni i termin leczenia)*

.....  
*Czytelny podpis pacjenta*

**NZOZ Medikon zobowiązuje się do wydania dokumentacji medycznej w ciągu 7 dni od złożenia wniosku!**

---

ODEBRANE W DNIU :.....

.....  
*Czytelny podpis pacjenta*