



Centrum Diagnostyczno - Lecznicze
„Barska” Sp. z o. o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Tel. kontaktowy:.....

Wnioskuje o wydanie mi:

- kserokopii dokumentacji medycznej
- odpisu, wyciągu dokumentacji medycznej
- dokumentacji medycznej do wglądu dotyczącej:
 - mojej osoby
 - osoby, przez którą zostałem/am upoważniony/a:

.....
(imię i nazwisko, adres, PESEL)

z leczenia ww okresie.....
(należy podać komórkę organizacyjną i datę)

.....
data i czytelny podpis

Kwituję odbiór powyższej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis

Wydano stron:.....

Pobrano opłatę w wysokości:.....

.....
*data i podpis wydającego
dokumentację medyczną*

UWAGI

Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” sp. z o.o.
ul. Barska 13 87-800 Włocławek
tel. 54 233 40 00

ISO 9001:2008 F 211/17/1