

imię i nazwisko

adres

telefon

Miejscowość, dnia

nazwa placówki medycznej

adres

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII PEŁNEJ HISTORII LECZENIA

Uprzejmie proszę o przesłanie za odpłatnością, na wskazany wyżej adres, kserokopii pełnej dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań oraz kopii kart historii choroby, jakie zgromadzone zostały w związku z moim leczeniem w dniach od do

podpis

