

Nysa dn.....

Nazwisko i imię

ulica/numer domu

kod/miejscowość

PESEL:

Numer Tel.

**DYREKCJA
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W NYSIE**

Proszę o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej z

.....
(oddział /poradnia)

za okres od _____ do _____

w celu dalszego leczenia / lub.....

Z poważaniem

1.Potwierdzam odbiór kserokopii str.....zapł.....

2.Potwierdzam odbiór zdjęć Rtg szt.....i zobowiązuję się do ich zwrotu po wykorzyst.

3.Data.....dok.tożsam.....Podpis.....