

Czeladź, dn.....

.....  
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....  
Adres wnioskodawcy

.....  
Dokument Tożsamości wnioskodawcy

Do Dyrektora NZOZ „Alfa – MED.”  
Ul. Szpitalna 11  
41-250 Czeladź

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta :.....

Nazwisko i imię

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:

4. Za okres:

Od..... Do .....

5. Cel wydania:

6. Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną .....

Nazwisko i imię, dokument tożsamości osoby upoważnionej

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy