

FORMULARZ CELEM PRZYGOTOWANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, dnia

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres	
Telefon	

Proszę o przygotowanie kserokopii:

- Karty szczepień pacjenta niepełnoletniego
- Całej dokumentacji medycznej
- Niepełnej dokumentacji medycznej:
od ___/___/___ - do ___/___/___

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEYCZNEJ DO **PIĘCIU DNI**
ROBOCZYCH OSOBIŚCIE PO OKAZANIU DOKUMENTU
TOŻSAMOŚCI LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DROGĄ
PISEMNAJĄ. **KOSZT WYDANIA: 0,30 zł/str.**

Z PORADNI | PRACOWNI:

.....

Podpis pacjenta

FORMULARZ CELEM PRZYGOTOWANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, dnia

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres	
Telefon	

Proszę o przygotowanie kserokopii:

- Karty szczepień pacjenta niepełnoletniego
- Całej dokumentacji medycznej
- Niepełnej dokumentacji medycznej:
od ___/___/___ - do ___/___/___

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEYCZNEJ DO **PIĘCIU DNI**
ROBOCZYCH OSOBIŚCIE PO OKAZANIU DOKUMENTU
TOŻSAMOŚCI LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DROGĄ
PISEMNAJĄ. **KOSZT WYDANIA: 0,30 zł/str.**

Z PORADNI | PRACOWNI:

.....

Podpis pacjenta

