

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Starogard Gdański, dn.....

.....
(adres zamieszkania)

-
- ☐ pacjent *)
 - ☐ przedstawiciel ustawowy*)
 - ☐ osoba upoważniona przez pacjenta*)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej

.....
(dane pacjenta: imię i nazwisko, adres zamieszkania)

celem przedłożenia w
(nazwa uprawnionego organu lub podmiotu)

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) zakreślić właściwe