PRZYCHODNIA JEDYNKA
Centrum Medyczne Jedynka Sp. z o.o.

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
w związku z planowanym zniszczeniem

Proszę, o wydanie dokumentacji medycznej Pacjenta/ki

Imię i nazwisko……..

Data urodzenia……..

Pesel……

Grudziądz, dnia…… ……..
(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy pacjenta

Imię i nazwisko……

Adres zamieszkania……..

Grudziądz, dnia…….. ……..
(czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Upoważniam Pana/nią

Imię i nazwisko…….

Data urodzenia…….

Pesel……..

Adres zamieszkania……

do odbioru wnioskowanej przeze mnie dokumentacji medycznej.*

Grudziądz, dnia ……. …….
(czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

86-300 Grudziądz ul. Klasztorna 9-11 ; tel.: (056) 642 79 70-71, tel./fax : (056) 46 216 88;
e-mail: sekretariat@centrummedyczne.org ; www.centrummedyczne.org
Sąd Rejonowy w Toruniu VII Wydział Gospodarczy KRS, kapitał zakładowy: 97.000,00 zł wpłacony w całości
KRS: 0000043438 NIP: 876-21-70-621 REGON: 871562261

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z Wnioskiem i po sprawdzeniu tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej, potwierdzam wydanie jej oryginału

……
Podpis pracownika MC Jedynka

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej*

Grudziądz, dnia …….

…….
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego
lub osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji)

*) za okazaniem dokumentu potwierdzającego tożsamość