

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

Mielec, dn. ....

.....  
Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....  
Nr telefonu kontaktowego

***Dyrektor  
Szpitala Powiatowego  
w Mielcu***

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia w poradni\* .....Nr historii choroby....., w szpitalu\* na oddziale .....Nr historii choroby ..... zakres: ..... ilość kopii: .....

Kserokopię dokumentacji medycznej ***odbiorę osobiście\****, ***odbierze osoba upoważniona\**** .....  
Imię i nazwisko

zam.....

.....  
Czytelny podpis składającego podanie

\* *niepotrzebne skreślić*

---

### ***OŚWIADCZENIE***

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej na nazwisko

.....  
Dane osoby odbierającej dokumentację:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Seria i nr dok. tożsamości

.....  
PESEL

.....  
Data odbioru dokumentacji

.....  
Czytelny podpis odbierającego dokumentację

