



Załącznik nr 1

Kraków, dnia.....

Wniosek o udostępnienie wyciągu/odpisu/kopii dokumentacji medycznej

**Do DYREKTORA ORGANIZACYJNEGO
UNICARDIA & UNIMEDICA**

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

Imię i Nazwisko: _____

PESEL : _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres zamieszkania - miasto: _____ ul. _____

nr: _____ Kod pocztowy: _____

adres email _____

Seria i numer dowodu tożsamości: _____

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (wypełnić jeśli inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: _____

PESEL : _____

Zwracam się z prośbą o wydanie /wysłanie na w/w adres /wysłanie na adres email *:

kopia odpis wyciąg wydruk wynik badania (CD) (właściwie zaznaczyć):
dokumentacji Medycznej tutaj .Poradni: _____

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wniosku

Potwierdzam odbiór wniosku w dniu _____

Akceptacja Dyrektora Organizacyjnego:

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu _____

Czytelny podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić