Konstancin – Jeziorna, …………………….……………………(data)

………………………………………………………………..…………………..…………..…..

Imię i nazwisko Pacjenta

………………………………………………………………..…………………..…………..…..

Adres zamieszkania

………………………………………………………………..…………………..…………..…..

PESEL

………………………………………………………………..…………………..…………..…..

Tel. kontaktowy

Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o.

ul. Wierzejewskiego 12

05-510 Konstancin-Jeziorna

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania (zniszczenia) z leczenia w szpitalu/poradni w roku: ………………..

………………………………………………………………………....

Podpis pacjenta (osoby upoważnionej lub przedstawiciela ustawowego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania (zniszczenia).

………………………………………………………………………....

Data i podpis pacjenta (osoby upoważnionej lub przedstawiciela ustawowego)