

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko:

PESEL:

TELEFON:

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

• nazwa poradni / pracowni:

• za jaki okres:

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym RENOMA Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Naliczono opłaty w wysokości:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację wydano.

data i podpis pracownika **wydającego** dokumentację

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko:

PESEL:

TELEFON:

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

• nazwa poradni / pracowni:

• za jaki okres:

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym RENOMA Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Naliczono opłaty w wysokości:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację wydano.

.....
data i podpis pracownika **wydającego** dokumentację