**WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Centrum Medyczne MediCenter Spółka z o.o.

Wołoska 88, 02-507 Warszawa

Warszawa, dnia ….....................

**Wnioskodawca.** *( dane pacjenta lub osoby upoważnionej )*

Imię i nazwisko............................................................ PESEL:.................................. Tel:..................................

**Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek.**

Imię i nazwisko............................................................ PESEL:.................................. Tel:..................................

**Dokumentacja dotyczy leczenia:**  *( nazwa specjalizacji, której dotyczy wniosek, oraz okres )*

*….........................................................................................................* za okres: ….............................................

Zostałem/am poinformowany/a o czasie oczekiwania na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej, który wynosi do 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku, a także o koszcie wykonania kserokopii w wysokości 0,50 groszy za stronę.

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

imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek imię i nazwisko osoby składającej wniosek

**Potwierdzenie wydania kserokopii dokumentacji medycznej** *( data, imię i nazwisko wnioskodawcy )*

*…................................................................................................................................................................................................................*