



WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja _____, zamieszkała/y w _____
(imię/imiona i nazwisko)

przy ul. _____

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

1. Imię i Nazwisko Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

2. Pesel _____

3. Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

a) zaświadczenia lekarskiego o zdolności do uprawiania sportu

Kopię dokumentacji medycznej proszę o przesłanie drogą mailową na adres:

_____ miejscowość,

_____ data podpis osoby składającej wniosek

Podpis osoby przyjmującej wniosek: _____