

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Czarnożyłach
98-310 Czarnożyły 191
tel. 43 841 62 22
REGON 730379069

(pieczęć placówki medycznej)

Czarnożyły, dnia 202 r.

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

Pana(i)
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

korzystającego z poradni

w okresie

dokument jest potrzebny do

.....
(podpis wnioskodawcy)

Dokument wydano w dniu 201 r.

.....
(podpis osoby wydającej kserokopie)

.....
(podpis osoby odbierającej)