

.....
imię, nazwisko

Brodnica, dn.

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

.....
kontakt

Dyrektor

**Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Brodnicy**

Proszę o wydanie mojej dokumentacji w zakresie realizowanych
świadczeń medycznych w
nazwa jednostki organizacyjnej
w dniach od do

Do odbioru mojej dokumentacji upoważniam Pana/ Panią

.....
imię, nazwisko

.....
czytelny podpis

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej Pana/ Pani

.....
imię, nazwisko pacjenta

w zakresie realizowanych świadczeń medycznych.

✓ Brodnica, dnia

.....
czytelny podpis