



data:.....

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL/data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(wypełnić właściwie)

◆ Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym nr.....  
zwracam się z prośbą do Kacdoktor Sp. z o.o. o sporządzenie i wydanie kopii mojej dokumentacji  
medycznej:

- z dnia.....

- z okresu od ..... do .....

- całości dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

◆ Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym nr....., jako  
osoba upoważniona do odbioru kopii dokumentacji zwracam się z prośbą do Kacdoktor Sp. z o.o.  
o sporządzenie i o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

---

Niniejszym potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy