



TOP MEDICAL Sp. z o.o.

Lublin, ul. T. Zana 29
ul. Szeligowskiego 6
www.topmedical.pl

tel. 81 524 34 06
fax 81 452 00 08
rejestracja@topmedical.pl

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENT	DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI
..... IMIĘ I NAZWISKO IMIĘ I NAZWISKO
..... DATA URODZENIA DATA URODZENIA
..... ADRES ZAMIESZKANIA ADRES ZAMIESZKANIA
..... PESEL PESEL
..... TELEFON	

JA, NIŻEJ PODPISANY/A LEGITYMUJĄCY/A SIĘ DOWODEM OSOBISTYM O SERII
I NUMERZE, WYDANYM PRZEZ,
ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (PROSZĘ
OKREŚLIĆ RODZAJ DOKUMENTACJI)
.....
.....

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY
SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY
PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI

DATA I CZYTELNY PODPIS

Data i czytelny podpis

Osoba przygotowująca dokumentację

Osoba przygotowująca nośnik cyfrowy
(płyta CD/pendrive/inne)

Osoba przygotowująca nośnik analogowy
(zdjęcie RTG/USG/inne)

Osoba akceptująca kompletną dokumentację.....