

.....  
Imię i nazwisko

....., .....  
miejsowość, data

.....  
PESEL lub data urodzenia.

.....  
Adres zamieszkania

.....  
nr dowodu tożsamości

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej :

.....  
dane Pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....  
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)

Poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Centrum Medycznego Agmed
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itd.) .....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam .....  
Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

- proszę przesłać na adres: .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, wyciągu, odpisu dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym AGMED z siedzibą w Mierzynie.

.....  
czytelny podpis