

ADRES: ul. Żegańska 46 A, 04-736 Warszawa

TEL: (22) 613-05-10, (22) 812-13-89, FAX: (22) 769-75-78

www.nukleomed.pl, EMAIL: rejestracja@nukleomed.pl

REGON: 011080826, NIP: 123-003-65-51

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ,** **Warszawa, dnia:** |
| 1. **Dane wnioskodawcy:**

Imię:Nazwisko:Pesel:  | Adres:Tel. Kontaktowy: |
|   **Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z zakresu:** Badania: Całości dokumentacji: Ilość stron: |
| 1. **Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek jeżeli są inne niż dane wnioskodawcy):**
 |
| Imię:NazwiskoPesel:  | Adres:Tel. Kontaktowy: |
| **Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:** opiekun prawny  os. upoważniona |
|  Podpis os. odbierającej dokumentacjęPodpis os. wydającej dokumentację |
| **POTWIERDZENIE ODBIORU,** **Warszawa, dnia:** |
| Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej z wymienionego zakresu (ilość stron………..)Podpis |