

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](mailto: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:  Nazwisko  Pesel:  | Adres:  Tel. Kontaktowy: |
| **Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:** opiekun prawny  os. upoważniona | |
| Podpis os. odbierającej dokumentację  Podpis os. wydającej dokumentację | |
| **POTWIERDZENIE ODBIORU,**  **Warszawa, dnia:** | |
| Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej z wymienionego zakresu (ilość stron………..)  Podpis | |