

.....  
miejsowość, data

**Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.**  
**ul. Mickiewicza 16, 99-200 Poddębice**

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres: .....

Dane dotyczące udzielonego świadczenia (hospitalizacja: nazwa oddziału, data pobytu;  
poradnia ambulatoryjna: nazwa poradni, rok ostatniej wizyty):

.....  
.....

**Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr .....**

**Zwracam się z prośbą sporządzenia kserokopii dokumentacji medycznej z mojego  
leczenia, znajdującej się w Państwa posiadaniu w celu:**

.....

.....  
czytelny podpis Pacjenta

Sprawdzono zgodność powyższych danych z okazanym dokumentem tożsamości wnioskodawcy.

.....  
Data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek