

WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)
z archiwum SU „LIMBA” 33-350 Piwniczna Zdrój, ul. Krynicka 3

Imię i nazwisko Wnioskującego.....

Adres zamieszkania Wnioskującego.....

.....

Dowód tożsamości Wnioskującego tel. kontaktowy

**W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie
oryginałów dokumentacji medycznej Pacjenta:**

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

leczony/a w SU „LIMBA”
.....

w okresie.....

uwagi.....

....., dnia
(podpis wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z Wnioskiem
i po sprawdzeniu tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej potwierdzam
wydanie oryginału dokumentacji medycznej.

.....
(podpis pracownika SU „LIMBA”)

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej

Piwniczna Zdrój , dnia
(podpis odbierającego)