

.....

Lublin dnia .....

imię i nazwisko

.....

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

### WNIOSEK

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej .....

imię

.....

nazwisko

.....

PESEL

w okresie .....

od lekarza .....

.....

podpis

### Pełnomocnictwo

Upoważniam .....

imię

..... legitymującego się

nazwisko

dowodem osobistym ..... do odbioru kopii mojej dokumentacji

seria i nr

medycznej z NZOZ DZIESIĄTA LUBLIN

.....

podpis

Odebrałam/-łem .....

data

.....

podpis