Zielona Góra, dnia ……

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

…….....
(adres zamieszkania Wnioskodawcy)

……..
(telefon kontaktowy Wnioskodawcy)

Do Dyrektora
Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
SP ZOZ w Zielonej Górze

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii uwierzytelnionej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

(numer PESEL Pacjenta)

…….....
(adres zamieszkania Pacjenta)

☐ w Zespole Ratownictwa Medycznego

[*Karta Zlecenia Wyjazdu, Karta Medycznych Czynności Ratunkowych*]

☐ w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w WSPR SP ZOZ

w okresie ……
(proszę podać datę i przybliżoną godzinę wyjazdu ratunkowego lub wizyty w POZ)

……..
(podpis Wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
w dniu ……..

……..
(podpis Odbierającego)