

Zielona Góra, dnia

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

.....
(adres zamieszkania Pacjenta)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL Pacjenta)

.....
(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 w:

- Zespole Ratownictwa Medycznego (wyjazd ratowniczy)
[*Karta Zlecenia Wyjazdu, Karta Medycznych Czynności Ratunkowych*]

- Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w WSPR SP ZOZ

w okresie

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

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
w dniu

.....
(podpis Odbierającego)