



....., dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Data urodzenia - PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

.....  
Telefon

**Dyrektor**  
**Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca**  
**im. Prof. Zbigniewa Religi - Medinet”Sp. z o.o.**  
**51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a**

#### **WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z leczenia w:

.....  
(nazwa oddziału szpitalnego, poradni)

w okresie:.....

(data pobytu)

Dokumentacja medyczna jest mi niezbędna w celu: .....

Kserokopie dokumentacji odbiorę osobiście/proszę wysłać przesyłką kurierską\*. Jednocześnie zobowiązuje się do poniesienia kosztów związanych z kserowaniem oraz przesyłką dokumentacji.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

\*właściwie zakreślić

.....  
Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej nr dowodu osobistego.....

.....  
Data i podpis odbiorcy

Termin odbioru kserokopii dokumentacji medycznej do 14 dni roboczych w godzinach od 10:00 do 12:30 – po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu pod nr Tel.071 32-09-405.