

.....
Imię i nazwisko

.....
data

.....
PESEL

.....
Adres

Do Kierownika Gminnego Samodzielnego
Publicznego Zakładu Lecznictwa Otwartego
w Ożarowie Mazowieckim

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej :

.....
imię i nazwisko

.....
adres, PESEL

.....
podpis