

Nazwisko i imię pacjenta

SWNOAR-513-E.....

.....

Adres

.....

PESEL

.....

Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia stacjonarnego/ambulatoryjnego w Szpitalu Wojewódzkim w Oddziale*/Poradni* Nr Ks. Gł.

Proszę o wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność odpisu z oryginałem **TAK NIE** (właściwe zakreślić).

Rodzaj dokumentacji

.....
podpis wnioskodawcy

Koszt wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym Cennikiem usług poligraficznych wynosi zł (podpis pracownika Pracowni Poligrafii)

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej

data i podpis wnioskodawcy

*właściwe zakreślić