

Bytom, dn.....

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

.....
nr tel.

**Dyrekcja
Szpitala Specjalistycznego Nr 2
w Bytomiu**

Zwracam się z wnioskiem o kserokopię dokumentacji medycznej mojej/mojego
(podać stopie pokrewieństwa)

.....
(imię i nazwisko pacjenta/ki, adres zamieszkania, PESEL/data urodzenia)

z pobytu /leczenia w.....
(nazwa Oddziału lub Poradni Specjalistycznej)

w okresie

informacje dodatkowe

Cel wydania dokumentacji

.....
podpis wnioskodawcy