

Jarocin, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
PESEL

Do Prezesa
„Szpitala Powiatowego w Jarocinie”
Spółka z o.o.

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej, potwierdzonej za zgodność z oryginałem* z mojego pobytu:

- w szpitalu*, w oddziale
- w dniach
- poradni specjalistycznej*

.....
czytelny podpis wnioskującego

Do odbioru upoważniam*:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
seria i nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić