

Wrocław, dnia

Dolnośląskie Centrum Okulistyczne sp. z o.o.
pl. Hirszfelda 1
Wrocław

Dane Wnioskodawcy:
(imię i nazwisko, PESEL, adres)

.....
.....
.....
.....

Niniejszym potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej pacjenta

.....

.....
podpis Wnioskodawcy

Niniejszym wnoszę o przesłanie kserokopii dokumentacji medycznej pacjenta

.....

na adres

.....

.....
podpis Wnioskodawcy