

Wrocław, dnia .....

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

**Dane wnioskodawcy:**

**(imię i nazwisko, PESEL, adres)**

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

**Wniosek**

**o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej kserokopii**

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej .....

.....\* poprzez sporządzenie jej kserokopii.

.....  
(*podpis Wnioskodawcy*)

---

\* W przypadku wniosku pacjenta wpisać „własnej”, w pozostałych przypadkach wpisać imię i nazwisko pacjenta, której dokumentacja dotyczy.