

Warszawa, data .....

Imię i nazwisko .....

Data Urodzenia .....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania.....

.....

Telefon.....

**Szpital Wolski  
ul. Kasprzaka 17  
01-211 Warszawa**

### **WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Szpitalu Wolskim w:

.....

(nazwa oddziału szpitalnego, poradni)

.....

w okresie .....

(data pobytu)

Kserokopię dokumentacji odbiorę osobiście.

Zostałem/łam poinformowany/na o wysokości opłaty z tytułu wydania kserokopii dokumentacji, która wynosi 63 groszy za jedną stronę kopii.

Kserokopia dokumentacji medycznej wydawana jest celem.....

.....

.....

Podpis wnioskodawcy

---

**Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej**

**Nr dowodu osobistego .....**

.....

**Data i podpis odbiorcy**

