

Poznań, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
ulica i numer

.....  
miasto i kod

.....  
telefon kontaktowy

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie mi kserokopii mojej historii choroby lub  
wybranych dokumentów, tj.:

- 
- 
- 
- 

.....  
podpis pacjenta

.....  
pesel

Potwierdzam odbiór kserokopii historii choroby / wybranych dokumentów

.....