

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie-
Państwowy Instytut Badawczy
Oddział w Gliwicach

**WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Leczonego (gdzie, w jakim okresie)

Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

.....
/data i podpis WNIOSKODAWCY/

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie-
Państwowy Instytut Badawczy
Oddział w Gliwicach

**OŚWIADCZENIE
ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Oświadczam, że w dniu odebrałem(łam) dokumentację medyczną

pacjenta:

Liczba stron dokumentacji:

.....
/data i czytelny podpis osoby odbierającej/

.....
/data i podpis osoby wydającej/