

Załącznik:

## Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Bielsko-Biała, dnia .....r.

Imię i nazwisko osoby /instytucji występującej z wnioskiem

Adres

**Dyrektor  
Bielskiego Pogotowia Ratunkowego  
ul. E. Plater 14  
43-300 Bielsko-Biała**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej\*:

z wizyty pogotowia .....

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

*(dane pacjenta, data wizyty)\**

z leczenia ambulatoryjnego .....

.....  
.....

*(dane pacjenta, data porady)\**

.....  
*(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego)*

\* *niepotrzebne skreślić*

\* *wypełniać drukowanymi literami*