

Radom, dnia

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o
ul. Juliana Aleksandrowicza 5
26-617 Radom

Wniosek
o wydanie oryginału dokumentacji
medycznej przeznaczonej do brakowania

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Nr telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w
(podać oddział)

.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie
odbioru oryginału dokumentacji
medycznej przeznaczonej do brakowania

1. Tożsamość osoby odbierającej oryginał dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr
(nazwa dokumentu)

2. Ilość stron:

3. Ilość płyt RTG/CD:

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data i czytelny podpis pracownika wydającego)