

Września, dn.

Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania:

Nr dowodu osobistego:

**Do
Prezesa
„Szpitala Powiatowego” we Wrześni
sp. z o.o. NZOZ**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej (historii choroby, karty informacyjnej z oddziału, poradni) w celu

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

.....

Czytelny podpis