

Kraków, dniar.

.....
imię, nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

POKWITOWANIE ODBIORU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poświadczam odbiór oryginału dokumentacji medycznej z poradni NZOZ Kraków – Południe Sp. z o.o.:

.....
nazwa i adres poradni

na podstawie wniosku złożonego dnia:.....

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po jej wykorzystaniu.

.....
czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej *

(*.....
imię, nazwisko

.....
PESEL

.....
nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Potwierdzam zwrot całości udostępnionej dokumentacji.

data, czytelny podpis pacjenta

* w przypadku odbioru dokumentacji medycznej przez przedstawiciela ustawowego bądź osobę upoważnioną przez pacjenta
- **oświadczenie w dokumentacji medycznej**