



CENTRUM STOMATOLOGII HELP sp. z o. o. sp. k.
NIP 7792396766

ul. Głogowska 82, 60-741 Poznań, tel. 0-61 8 66 54 84

Wniosek

Imię:.....

Nazwisko:.....

Nr kartoteki:.....

Nazwa dokumentu tożsamości (Nr, Seria).....

.....

Zwracam się z prośbą o wydanie :

- kopii dokumentacji medycznej mojego leczenia stomatologicznego w Państwa firmie, w celu
- kopi zdjęcia RVG, w celu.....

upoważniając do odbioru:

Pana/Panią, legitymującą (-ym) się dowodem osobistym nr

.....

miejsowość, data i podpis

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumenty
