



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

Ja, ....., legitymująca(-y) się .....Nr.....Seria .....,  
(imię i nazwisko) (nazwa dokumentu tożsamości)

będącym prawnym opiekunem ....., Nr ewidencyjny PESEL  
(imię i nazwisko)

.....zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie:

- kopii dokumentacji medycznej leczenia stomatologicznego dziecka w Państwa firmie, w celu .....
- kopii dokumentacji medycznej leczenia ortodontycznego mojego dziecka w Państwa firmie, w celu .....
- modele ortodontyczne dziecka

upoważniając do odbioru:

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

.....  
miejsowość, data i podpis przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumenty