



Centrum Stomatologii Help  
sp. z o.o. sp. k.  
ul. Głogowska 82, 60-741 Poznań  
tel. 618665484

**WNIOSEK O WYDANIE  
ELEKTRONICZNEJ  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko:.....

Nr kartoteki:.....

PESEL:.....

telefon kontaktowy:.....

**Zwracam się z prośbą o przesłanie na adres e-mail.....**

elektronicznej dokumentacji medycznej mojego leczenia stomatologicznego,  
w celu.....

kopii zdjęcia RVG,  
w celu.....

.....

miejsowość, data i podpis