

Imię i nazwisko:.....

Nr kartoteki:.....

PESEL:.....

telefon kontaktowy:.....

adres:.....

**Zwracam się z prośbą o wydanie :**

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

kopii zdjęcia RVG,  
w celu.....

upoważniając do odbioru:

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

.....

miejsowość, data i podpis

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumenty