

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Miejscowość, data: Warszawa,/...../.....

**WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta
przez BISMED Sp. z o.o.**

Ja niżej podpisany/-a

.....(imię i nazwisko)
posiadający/-a PESEL o nr, zwracam
się z wnioskiem o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej lub fragmentu
dokumentacji medycznej obejmującego:

.....
.....
.....
.....

znajdujących się w Państwa posiadaniu, dotyczącej mojej osoby.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

A U R E A
MED