



NZOZ „ENDO-MEDICA” Sp. z o.o.  
ul. Ogrody 14, 85-870 Bydgoszcz  
NIP 967-135-73-89 REGON 341435573  
[www.endomedica.pl](http://www.endomedica.pl)  
tel.: 52) 373 11 22 ; 791 370 300

**WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
z dnia.....**

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej pełnej\* / częściowej\* w zakresie.....

własnej\* / dziecka\* / osoby pod opieką prawną\*

Wniosek został złożony osobiście\* / telefonicznie\* / mailowo\*.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

.....

(Podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....

(Podpis osoby składającej wniosek)

**POTWIERDZENIE ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej przeze mnie dokumentacji medycznej.

.....

(Numer i seria dokumentu tożsamości)

.....

(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wydanie dokumentacji medycznej osobie trzeciej możliwe jest jedynie za okazaniem pisemnego upoważnienia lub pełnomocnictwa sporządzonego przez pacjenta

\*\*\* wniosek należy dostarczyć osobiście lub rejestracja@endomedica.bydgoszcz.pl