

Katowice, dn. ....

.....  
imię i nazwisko

.....  
ulica, nr domu i nr mieszkania

.....  
kod pocztowy i nazwa miejscowości

.....  
nr telefonu kontaktowego

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Dyrekcja**

**Okręgowego Szpitala Kolejowego**

**w Katowicach – s.p.z.o.z.**

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w poradni / oddziale \* ..... w latach .....

Dokumentację:

odbiorę osobiście / proszę przesłać na poniższy adres / odbierze osoba upoważniona w niniejszym wniosku \*

.....  
imię i nazwisko

.....  
ulica, nr domu i nr mieszkania

.....  
kod pocztowy i nazwa miejscowości

.....  
nr telefonu kontaktowego

.....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa

.....  
PESEL

.....  
nr dowodu osobistego

.....  
ulica, nr domu i nr mieszkania

.....  
kod pocztowy i nazwa miejscowości

.....  
nr telefonu kontaktowego

**O wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia ubiegam się po raz pierwszy / po raz kolejny\*.**

Pouczenie:

- prośbę o wydanie dokumentacji medycznej należy złożyć w **Sekretariacie Szpitala**
- gotową kopię w przypadku odbioru osobistego należy odebrać w **Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej**

.....  
podpis

\*potrzebne podkreślić