

	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	F/I/PJ4.2-2/4/nr1
	Podanie o wydanie kserokopii historii choroby	Wydanie: 1 Data: 13.08.2008 r Strona 1 z 1

Warszawa,

(imię i nazwisko).....

(dokładny adres).....

.....

(telefon).....

(nr dowodu osobistego (seria)).....

PESEL.....

**Do Dyrektora
 Szpitala Czerniakowskiego S.P.Z.O.Z.
 ul. Stępińska 19/25
 00-739 Warszawa**

Podanie

Uprzejmie proszę o wydanie kserokopii historii choroby z

.....
 (podać nazwę poradni lub oddziału)

nr historii choroby

w celu

.....

.....
 (podpis osoby składającej podanie)

Pismo złożone osobiście dn.....

przez

leg. się dowodem osobistym jw.

wydanym przez.....

.....
 podpis osoby przyjmującej podanie oraz stwierdzającej
 zgodność danych zawartych w podaniu