**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania**

.....
(miejscowość , data)

**Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy**

Proszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania z Poradni:

- PZP dla Dorosłych
- PZP dla Dzieci i Młodzieży
- PTUAiW
- Poradni Logopedycznej
- Poradni Seksuologicznej
- Poradni Padaczki
- PZP- PKP ul. Dworcowa 63

| **Dane osobowe pacjenta:** | **Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru oryginału dokumentacji:** |
|---|---|
| ……..... (imię i nazwisko) | ……..... |
| ……..... (imiona rodziców) | ……..... (imię i nazwisko) |
| …… | …… |
| …… (adres zamieszkania/zameldowania) | …… (adres zamieszkania/zameldowania) |
| …… (PESEL, data urodzenia) | …… (PESEL) |
| …….....…… data i podpis | |

Powyższe dane osobowe potwierdzam: .....
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

==========

Potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej: .....
Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej

Potwierdzam wydanie w/w dokumentacji: .....
Data ,podpis pracownika wydającego dokumentacje