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