



Szpital Specjalistyczny
im. Jędrzeja Śniadeckiego
w Nowym Sączu

INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO



MAŁOPOLSKA

..... <i>(nazwisko i imię pacjenta)</i> <i>(dokładny adres)</i> Data urodzenia:	Potwierdzenie przyjęcia zamówienia przez poradnię/oddział: <i>(pieczęć)</i> Data złożenia zamówienia:.....
--	---

Z a m ó w i e n i e

Proszę o sporządzenie uwierzytelnionej kserokopii dokumentacji medycznej dot.
mojego leczenia znajdującej się w
za okres leczenia od do w celu */

..... Oświadczam, iż
zapoznałem się z aktualnym cennikiem opłat za tego typu usługę, wg którego ureguluję
należność w wyznaczonym terminie odbioru.

*/ wypełnienie tej pozycji nie jest obowiązkowe

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez
pacjenta

.....

