



**Szpital Specjalistyczny
im. Jędrzeja Śniadeckiego
w Nowym Sączu**

INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO



..... <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 <i>(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)</i>	
Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez pacjenta