GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATIOWY Sp. z o.o.

ul. Kościuszki 15, 67-200 Głogów tel. 076 837 32 16, fax 076 837 33 77
e-mail: szpital@szpital.glogow.pl; http://www.szpital.glogow.pl

---

Głogów, ...

.....
imię i nazwisko
pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej, opiekuna faktycznego * (*podkreśl właściwe)

.....
ulica

.....
kod pocztowy i miejscowość

Prezes Zarządu
Głogowskiego Szpitala Powiatowego Sp. z o.o.

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej z leczenia pacjenta:

....
nazwisko imię PESEL

w poradni/oddziale..... w roku.....

- ☐ Historia Choroby
- ☐ Karta informacyjna
- ☐ Płyta CD szt.....
- ☐ Inne.....

.....
podpis

- - - -