

Elbląg, dn. ....

Dyrekcja  
Szpitala Miejskiego Św. Jana Pawła II w Elblągu

Proszę o wydanie oryginałów indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

.....  
(imię, nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy) (nr dok. med.)

z leczenia w tutniejszym Szpitalu.

Odbiór osobisty przez pacjenta/ osobę uprawnioną (z dokumentem tożsamości).

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

.....