

Warszawa, dnia20 r.

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów
Lecznictwa Otwartego
Warszawa – Żoliborz
ul. Szajnochy 8
01-637 Warszawa**

**Potwierdzenie wydania indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do
zniszczenia**

Wnioskodawca*:

- Pacjent
 Przedstawiciel ustawowy
 Osoba upoważniona

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....

Adres:.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej – dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Warszawa, dn.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Dane identyfikacyjne pracownika wydającego dokumentację medyczną:

.....
data, imię i nazwisko,

.....
czytelny podpis pracownika

*** dotyczy osobistego odbioru dokumentacji przez wnioskodawcę**