

Warszawa, dnia .....20 ..... 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**