



nr \_\_\_\_\_

Gdańsk, dnia.....

\* Imię i nazwisko wnioskującego.....

\*nr tel/mail:.....

\*Adres.....

\*Imię i nazwisko pacjenta.....

\*Pesel/data urodzenia.....

**Sekcja Dokumentacji  
Dział Koordynacji Opieki Medycznej  
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne  
w Gdańsku**

\*Uprzejmie proszę o wydanie .....

.....  
.....

\*Pobyt w Szpitalu/Poradni w dniach.....

.....

**Zostałem poinformowany(a) o odpłatności za przygotowaną dokumentację. Przyjmuję również do wiadomości, że w przypadku nie odebrania przygotowanej dokumentacji (w ciągu miesiąca od złożenia wniosku) zostanie ona przesłana wraz z fakturą VAT na podany przeze mnie adres.**

.....  
podpis

.....  
(nr faktury, legitymacji ZUS, etc.)

.....  
(nr dok. Tożsamości osoby odbierającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
(potwierdzenie wiarygodności podpisu)

.....  
data i czytelny podpis

\* *Pole wypełnia pacjent*