

Zakopane, dnia .....

**Do  
Dyrekcji  
Uniwersyteckiego Szpitala  
Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem**

Proszę o wydanie oryginałów indywidualnej dokumentacji medycznej **przeznaczonej do zniszczenia.**

.....  
(nazwisko i imię pacjenta, data urodzenia)

.....  
(lata pobytu)

.....  
(nr dok. med.)

Odbiór osobisty (z dokumentem tożsamości)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej indywidualnej dokumentacji medycznej

.....  
(czytelny podpis odbierającego)