Wniosek

Proszę o wydanie kserokopii badania diagnostycznego .....
nazwa badania

Pani/Pana..... Pesel ..... z leczenia
imię i nazwisko

..... Specjalistycznego Szpitala Miejskiego
nazwa oddziału lub poradni

im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Toruń, dnia: **czytelny podpis pacjenta**

.....

Nr dowodu osobistego

kwituję odbiór dokumentacji

..... **SSM – A - 47**