Wniosek

Proszę o wydanie kserokopii historii zdrowia i choroby .....

imię i nazwisko

Pesel ..... z Poradni ..... Specjalistycznego

nazwa poradni

Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu.

Toruń, dnia: **czytelny podpis pacjenta**

.....

Nr dowodu osobistego

kwituję odbiór dokumentacji

.....

SSM – A - 43