Toruń, dnia .....

.....
imię i nazwisko

.....
ulica i numer domu

.....
kod pocztowy i miejscowość

Pesel .....

Specjalistyczny Szpital Miejski
im. Mikołaja Kopernika
ul. Batorego 17/19
87.100 Toruń

Wniosek
o wypożyczenie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie **oryginału** dokumentacji medycznej z mojego leczenia

w Poradni / w Oddziale.....

Ilość stron / kartek .....

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu w/w dokumentacji w terminie ..... dni.

Dokumentacja potrzebna mi jest w celu .....

.....
podpis czytelny

SSM-A-117