



87-100 Toruń, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73, tel.: +48 56 658 44 01 fax: +48 56 658 44 99, e-mail: sekretariat@citomed.pl

Załącznik nr 1.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon:..... Data zamówienia:.....

Zakres dokumentacji:

Poradnia	Od (data)	Do (data)

Data, podpis pacjenta

Uwagi:

.....
.....
.....



87-100 Toruń, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73, tel.: +48 56 658 44 01 fax: +48 56 658 44 99, e-mail: sekretariat@citomed.pl

Załącznik nr 2.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

.

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon:..... Data zamówienia:.....

Zakres dokumentacji:

Poradnia	Od (data)	Do (data)

Data, podpis pacjenta

Uwagi:

.....
.....
.....