

ZOZ w Żórawinie  
ul. Urzędnicza 11  
55 – 020 Żórawina  
tel. 71 316 50 03  
www.zoz-zorawina.pl

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*data, miejscowość,*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*telefon kontaktowy*

## WNIOSEK

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

.....  
*imię nazwisko*

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w okresie ..... od lekarza .....

.....  
podpis

## Pełnomocnictwo

Upoważniam .....  
*imię nazwisko*

legitymującego się dowodem osobistym

<i>seria</i>				<i>nr</i>					

..... podpis

**Odebrałam/-łem**

.....  
**data**

.....  
**podpis**