……

Imię i nazwisko

……

Adres zamieszkania

……..

Numer telefonu

Do Dyrekcji
Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Łomży

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej…….

Imię i nazwisko osoby, której dokumentacja dotyczy

PESEL …….

Adres zamieszkania

…….

Nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia

Za okres ……

…… ……..

Miejscowość, data *Czytelny podpis*