

WNIOSEK  
O KSERO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca

Imię .....

Nazwisko .....

Adres zam.....

PESEL

Nr telefonu do kontaktu

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

(należy wpisać dane pacjenta, jeśli osobą składającą jest inna osoba!)

Imię .....

Nazwisko .....

Adres zamieszkania

PESEL

3. Historia choroby leczenia w poradni (nazwa poradni, data wizyt, badania TAK-NIE )

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów zgodnych z obowiązującym cennikiem NCM.

Data .....

Czytelny podpis wnioskodawcy .....