



Malbork, dnia.....

Dane osobowe (Imię, nazwisko, PESEL)

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

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
w Malborku

Proszę o wydanie :

1. wyciągu z pobytu ..... (koszt ..... zł netto za jedną stronę);
2. odpisu z pobytu .....(koszt ..... zł netto za jedną stronę);
3. kopii z pobytu .....(koszt ..... zł netto za jedną stronę);
4. elektronicznego nośnika z badaniem diagnostycznym z dnia.....(koszt ..... zł netto).

Należne kwoty określa Regulamin Organizacyjny Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
Regulamin organizacyjny dostępny do wglądu w siedzibie PCZ Sp. z o.o.

.....

/podpis/

**UWAGA!!! Po odbiór dokumentacji medycznej należy zgłosić się z dowodem osobistym!!!**

Termin odbioru dokumentacji medycznej: .....

**Potwierdzenie odbioru:**

Malbork, dnia ..... podpis osoby odbierającej .....

Wydano na podstawie okazanego dowodu osobistego pacjenta lub osoby upoważnionej.

Podpis wydającego .....