

Bytom, dn.....

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

.....
nr tel.

**Dyrekcja
Szpitala Specjalistycznego Nr 2
w Bytomiu**

Zwracam się z wnioskiem o informację:

(wskazać zakres informacji)

.....
dotyczącą mojego/mojej

(podać stopień pokrewieństwa)

.....
(imię i nazwisko pacjenta/ki, adres zamieszkania, PESEL/data urodzenia)

z pobytu /leczenia w:

(nazwa Oddziału lub Poradni Specjalistycznej)

w okresie

informacje dodatkowe

Cel wydania dokumentacji

.....
podpis wnioskodawcy

¹⁾ właściwie zakreślić