

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA DO OŚRODKA ADOPCYJNEGO

Imię i nazwisko Pacjentki _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____	Imię i nazwisko Pacjenta _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____
---	--

Prosimy o wydanie zaświadczenia do ośrodka adopcyjnego (dalej Zaświadczenie)

Cel wydania dokumentu _____

Uwagi _____

Sposób odbioru Zaświadczenia: ☐ osobisty ☐ listem poleconym ☐ pocztą e-mail

adres do korespondencji:

Ulica _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres e-mail _____

Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania odpisu z dokumentacji medycznej w postaci Zaświadczenia do ośrodka adopcyjnego zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej nOvum.

Data i podpisy Pacjentki i Pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Wyrażam zgodę na wydanie Zaświadczenia.

Data i podpis lekarza

Zaświadczenie wysłano ☐ listem poleconym ☐ pocztą e-mail.

Data i podpis osoby wysyłającej epikryzę

Osobisty odbiór zaświadczenia. Kwituję odbiór Zaświadczenia.

Data i podpis Pacjenta, Pacjentki lub osoby upoważnionej