

.....
Imię, Nazwisko

.....
Miejsce zamieszkania

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Matki i Dziecka
w Piotrkowie Trybunalskim

Proszę o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

.....
.....
.....
(Nazwa oddziału, poradni, za jaki okres, w jakim celu)

Za udostępnienie dokumentacji uiszczyć opłatę zgodną z obowiązującymi przepisami.

.....
czytelny podpis

czytelny podpis