

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	
Cel wydania dokumentu _____ _____	
Uwagi _____	
Sposób odbioru zaświadczenia do ośrodka adopcyjnego <input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> pocztą	
adres do korespondencji: Ulica _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____	
Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania odpisu z dokumentacji medycznej w postaci zaświadczenia do ośrodka adopcyjnego zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej Novum.	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpisy Pacjentki i Pacjenta</i>
_____ <i>Data i podpis osoby przyjmującej wniosek</i>	
Wyrażam zgodę na wydanie zaświadczenia	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis lekarza</i>
Przekazanie zaświadczenia	
Zaświadczenie do ośrodka adopcyjnego wysłano pocztą <input type="checkbox"/>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis osoby wydającej zaświadczenie</i>
Kwituję odbiór zaświadczenia	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej</i>