

POTWIERDZENIE NADANIA I ODBIORU

1. Tożsamość osoby.....(*imię i nazwisko*)
odbierającej dokumentację medyczną stwierdzoną na
podstawie:.....(*nazwa i numer dokumentu*).
2. Pobrano opłatę w wysokości.....za..... stron dokumentacji medycznej.

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
Czytelny podpis osoby wydającej dokumentację