

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

telefon

faks / e-mail

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

telefon

faks / e-mail

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

telefon

faks / e-mail

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

telefon

faks / e-mail

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

telefon

faks / e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek