

**OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W ZIELONEJ GÓRZE**

ul. Prosta 47A
65-783 Zielona Góra
NIP: 9291661098
REGON: 971297821

tel.: 887 040 440
e-mail: zpo@ois.org.pl, biuro@ois.org.pl
www.ois.org.pl



I. Wypełnia wnioskodawca

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej)

Proszę o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej:

Lp.	PESEL pacjenta	Imię i nazwisko pacjenta	Rok wypisu	Nr książki głównej

na okres do
(planowany termin zwrotu)

.....
(data, podpis wnioskodawcy, podpis kierownika komórki organizacyjnej)

II. Wypełnia pracownik Ośrodka Integracji Społecznej

Wnioskowana dokumentacja została udostępniona dnia
w ilości/wg wybranych pozycji*
z terminem do zwrotu.....

.....
(podpis osoby odbierającej)

Udostępniona dokumentacja została zwrócona w całości dnia

.....
(podpis osoby zdającej)

.....
(podpis osoby przyjmującej)