

REWERS UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z ARCHIWUM

Data wypożyczenia dokumentacji:

Imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania osoby wypożyczającej dokumentację:

.....
.....

Numer dowodu tożsamości:

Podpis osoby wypożyczającej dokumentację:

Przybliżony termin zwrotu dokumentacji:

Rodzaj i nr dokumentacji medycznej:

.....

Data zwrotu dokumentacji do Archiwum:

Podpis Archiwisty potwierdzający zwrot nieuszkodzonej dokumentacji:

Podpis osoby zwracającej dokumentację: