



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI sp. z o.o.

Załącznik nr 1

Sosnowiec, dnia.....

**Zarząd Sosnowieckiego
Szpitala Miejskiego sp. z o.o.
w Sosnowcu
ul. Szpitalna 1**

W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie oryginałów mojej dokumentacji medycznej.

.....
Nazwisko i imię pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

.....
Rok udzielenia świadczenia

Wnioskowaną dokumentację sporządzono w :

Zespół Opieki Zdrowotnej w Sosnowcu, Szpital Nr 5, Sosnowiec-Zagórze ul. Szpitalna 1, Szpital Nr 1 ul. Zegadłowicza 3 – historie chorób z lat 1999r. (obecnie Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w Sosnowcu ul Szpitalna 1) oraz historie choroby z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z lat 1997r. (były Szpital Nr 2) oraz historie choroby z Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień z 1999r.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy



**SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI
sp. z o.o.**

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE - WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
79 947 000,00