



# SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

## Sp. z o.o. w restrukturyzacji

Załącznik nr 1

Sosnowiec, dnia .....



**Zarząd**

**Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o.**

**w restrukturyzacji**

**ul. Szpitalna 1**

**41-219 Sosnowiec**

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

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

.....  
Rok udzielenia świadczenia

### **Wnioskową 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 2000r. (obecnie Sosnowiecki Szpital  
Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji w Sosnowcu ul. Szpitalna 1) oraz historie choroby  
z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z 1998 r. (były Szpital Nr 2).

.....  
**czytelny podpis wnioskodawcy**

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
SP. Z O.O.  
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

Ul. Szpitalna 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

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

98 734 000,00 zł