

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer telefonu)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(numer PWZ) *

**WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA
UL. NOWOWIEJSKIEGO 51
61-734 POZNAŃ**

WNIOSEK O PRZEJĘCIE DOKUMENTACJI PO ZMARŁYM LEKARZU/ LEKARZU DENTYŚCIE *

IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO LEKARZA/ LEKARZA DENTYSTY	
NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ZMARŁEGO LEKARZA/ LEKARZA DENTYSTY	
ADRES MIEJSCA, W KTÓRYM ZNAJDUJE SIĘ DOKUMENTACJA MEDYCZNA PODLEGAJĄCA PRZEJĘCIU	
SPECJALIZACJA ZMARŁEGO LEKARZA/ LEKARZA DENTYSTY	
RODZAJ DOKUMENTACJI	PAPIEROWA/ ELEKTRONICZNA*
SZACUNKOWA ILOŚĆ DOKUMENTACJI (W SZTUKACH/ METRACH BIEŻĄCYCH)	
FORMA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (KARTOTEKI, ZESZYSTY ITP.)	
INNE INFORMACJE **	

.....
(podpis Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

** pole dodatkowe