

Potwierdzam odbiór kopii / odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z załączonym wnioskiem:

.....
(imię i nazwisko, podpis osoby odbierającej kopię lub odpis / data odbioru)

W przypadku przesłania kopii dokumentacji medycznej pod wskazany adres, dowodem odbioru jest data doręczenia przesyłki oraz podpis na druku ZPO (Zwrotnego Potwierdzenia Odbioru).