

Krajský úřad Zlínského kraje
Odbor zdravotnictví
tř. Tomáše Bati 21
761 90 Zlín

Žádost pacienta o předání zdravotnické dokumentace

Žádám o předání zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Zlínského kraje, která byla vedena u *(název a adresa poskytovatele zdravotních služeb, u kterého byl pacient registrován)*:

.....

Poskytovatel zdravotních služeb, kterého jsem si zvolil/la:

.....

Adresa místa provozování:

Jméno a příjmení žadatele:

datum narození :

trvalý pobyt:

telefon*:

e-mailová adresa*:

V dne

Podpis žadatele, popřípadě zákonného zástupce:

*nepovinný údaj