Załącznik nr 5

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Bydgoszcz, dnia.....
(data wydania dokumentu)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

..... seria i numer.....(nazwa dokumentu tożsamości)

Pobrano opłatę w wysokości..... zł.

Wystawiono*:

☐

Paragon Fiskalny nr..... z dnia.....

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

Wysłano listem poleconym za potwierdzeniem odbioru **.....

z dnia.....

.....
czytelny podpis wydającego dokumentację