



WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

DECLARAȚIE PRIVIND COMUNICAREA DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE

Subsemnatul _____,
cod numeric personal _____, declar că mi-au fost înmânate
în urma solicitării mele adresate instituției medicale _____
(denumirea instituției medicale) copii ale următoarele documente:

Documente medicale înmânate, în copie:
1.
2.
3.
4.
5.
6.
X _____ Data: ____/____/_____ Semnătura persoanei care a solicitat și a primit copii ale documentelor medicale