

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie-  
Państwowy Instytut Badawczy  
Oddział w Gliwicach

**OŚWIADCZENIE  
ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Oświadczam, że w dniu ..... odebrałem(łam) dokumentację medyczną

pacjenta: .....

Liczba stron dokumentacji: .....

.....  
/data i czytelny podpis osoby odbierającej/

.....  
/data i podpis osoby wydającej/