

POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

W dniu dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta
- wysłana listem poleconym na wskazany adres (nr nadawczy:)
- wysłana na adres email wskazany we wniosku,
hasło

--	--	--	--	--

 wysłano na numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej
 - upoważnienie w niniejszym wniosku
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłatę w wysokości:

dzień	miesiąc	rok	podpis przedstawiciela DC Smile Designers

POTWIERDZENIE ODBIORU (jeśli odbiór następuje osobiście lub przez osobę upoważnioną)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

dzień	miesiąc	rok	podpis pacjenta lub osoby upoważnionej do odbioru

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

seria i nr dokumentu tożsamości	
---------------------------------	--

dzień	miesiąc	rok	podpis przedstawiciela DC Smile Designers