



**SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA  
MEDGIDIA, STR. ION CREANGĂ NR.18**

**Tel: 0241 / 810690, fax: 0241 / 810931  
E-mail : office@spitalmedgidia.ro**

SGS\_ISO\_9001\_UKAS\_2014

Nr...../.....

## Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

**CĂTRE**

**SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA**

**Subsemnatul,**

....., cod numeric personal .....,  
(numele și prenumele pacientului)  
vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare  
la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

**Subsemnatul,**

....., cod numeric personal .....,  
(numele și prenumele reprezentantului legal)  
în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) .....,  
(numele și prenumele pacientului)  
vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare  
la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

-----  
\*) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a  
capacității de exercițiu.

**Subsemnatul,**

....., cod numeric personal .....,  
(numele și prenumele împuternicitului)  
în calitate de împuternicit al pacientului\*).....,  
(numele și prenumele pacientului)  
vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare  
la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

-----  
\*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

**Documente medicale solicitate în copie:**

1.

2.

...

X ..... Data ...../...../.....

(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)