***Załącznik Nr 2.3***

do Regulaminu organizacyjnego ŚCR

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór /odpisu\*/wyciągu\*/kserokopii\*/wydruku\*/ dokumentacji medycznej, informatycznego nośnika danych, skanu\*.

w dniu *……………………………………………………….……………*

*………………………………………………………..………………………..*

 /podpis odbierającego/

**\***właściwe zaznaczyć