

Załącznik nr 3
do Regulaminu udostępniania
dokumentacji medycznej
Powiatowego Centrum Zdrowia
POWMED
z dn. 15 czerwca 2026 r.

Wzór dokumentu wpłaty na rzecz Powiatowego Centrum Zdrowia POWMED za udostępnienie dokumentacji medycznej wg cennika (załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 29/2026)

Odbiorca:
Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED
ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
83-000 Pruszcz Gdański

Nr konta odbiorcy: **84 1240 1268 1111 0000 1554 1127**

Kwota (zgodnie z cennikiem)zł

Nr konta nadawcy: -- ---- ---- ---- ---- ----

Nadawca (*imię i nazwisko*):

Adres nadawcy:

Tytułem (*szczegółowy opis czego dotyczy wpłata*):.....