Sol·licitant:

Sol·licitud de doumentació HISTÒRIA CLINICA.

Fax: 93 2041203 **Tel: 93 2042288**

C/Bonaplata 54 Bx **Barcelona** **08034** **Data:**

Persona responsable

Us agrairem esn feu arribar còpia de l'HCAP de les seguents persones:

Nom i Cognoms:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Que per motius de.....rebran asistencia al nostre centre.

Atentament

Signatura del responsable Signatura de la persona sol·licitant