

..... dn. ....

## UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Ja niżej podpisana(y)**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Legitymująca(y) się dowodem osobistym / paszportem nr .....

upoważniam do udostępnienia/odbioru kserokopii dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych Szpitala niżej wskazanej osobie:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Dowód tożsamości .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważnienie jest ważne do złożonego w dniu ..... wniosku.

.....  
podpis pacjenta