



Załącznik nr 2
do regulaminu udostępniania dokumentacji medycznej

Miejscowość, data.....

UPOWAŻNIENIE do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/naPESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

Wydanego przez.....

upoważniamPESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

Wydanego przez.....

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej:

.....
.....

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej do
odbioru dokumentacji medycznej

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej

.....

data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię
dokumentacji medycznej