



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku.

....., dnia.....

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko.....Pesel.....

Adres.....

Tel.....

Oświadczenie upoważniającego(j.w.)

Upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr

Do odbioru dokumentacji pacjenta

Imię i nazwisko.....Pesel.....

Data i podpis osoby upoważniającej

.....

Potwierdzenie złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności

Data i podpis pracownika udostępniającego dokumentację w SPSzS Chorób Płuc w Zakopanem

.....