

Załącznik nr 6a - Wzór „Upoważnienie do wydania kopii dokumentacji medycznej”

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Miejscowość i data

Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym (lub nr PESEL)

.....,

zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu, a dotyczącej mojej osoby oraz **upoważniam** :

(imię, nazwisko)

legitymującego/cej się dowodem osobistym nr.....
do jej odbioru ze Szpitala Grochowskiego

.....
data i podpis

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej

