



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Tomaszowie Lubelskim**

ul. Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski
tel: (0 84) 664-44-11, fax: (0 84) 664-25-21,
email: szpital@szpital-tomaszow.pl, www: http://szpital-tomaszow.pl



UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na

.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr

seria.....wydanego przez

upoważniam

.....PESEL

(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr

seriawydanego przez

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

.....

.....
(rodzaj dokumentacji medycznej)

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej

sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej

data i czytelny podpis osoby wydającej
kserokopię dokumentacji medycznej