

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....,

/miejsowość/

/data/

PESEL

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

Ja, niżej podpisana/y

(imię i nazwisko pacjenta)

Zamieszkała/y.....

Legitymująca/y się dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości

Seria Nr wydanym przez

Upoważniam Panią/Pana

(imię i nazwisko)

Legitymująca/ego się dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości

Seria Nr wydanym przez

Do obioru mojej dokumentacji medycznej z leczenia w ICZ HEALTHCARE Sp. z o.o. Szpital Żywiec,

o udostępnienie której złożyłam/em wnioski w dniu

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela prawnego pacjenta.....
czytelny podpis pracownika przyjmującego
upoważnienie