

Chorzów, dnia.....

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

1. Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko.....Pesel.....

Adres.....

Nr dokumentu tożsamości

Tel.....

2. Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr

Do odbioru dokumentacji pacjenta:

Imię i nazwisko.....Pesel.....

.....
Podpis osoby upoważniającej

Potwierdzenie złożenia podpisu przez upoważniającego w obecności pracownika SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie:

.....
Data i podpis pracownika udostępniającego dokumentację