



SZPITAL POWIATOWY  
W CHRZANOWIE  
32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16

Tel. 032-624-70-00 FAX 032-623-94-28  
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

## UPOWAŻNIENIE

### do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data.....
2. Imię i nazwisko pacjenta .....
3. Adres zamieszkania .....
4. PESEL .....
5. Ja, niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym Seria .....  
Nr..... upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której  
udostępnienie złożyłem/am wnioszek w dniu .....

Pana (-ią) .....  
legitymującego/a się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

#### 6. **Upoważnienie jest jednorazowe.**

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta

.....  
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie