

 <p>SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE 32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16</p>	<p>Tel. 032-624-70-00 FAX 032-623-94-28 e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl</p>
---	---

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/ą się dowodem osobistym seria nr.....

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie