

 <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@spch.home.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