

.....
miejscowość, data

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany(a), upoważniam do odbioru ze Szpitala Zakonu Bonifratrów sp. z o. o. w Krakowie kopii dokumentacji medycznej następującą osobę:

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

Imię i nazwisko:

PESEL:

dowód tożsamości:

seria i numer:

Upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
/podpis/

Wydanie I
11.02.2020 r.