



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 wnioski w dniu

Pana (-ią)
legitymującego/ą się dowodem osobistym seria nr

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie