



SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

tel. 32-624-70-00
fax 32-623-94-28
www. 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/ą się Dowodem Osobistym seria nr

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej