



SZPITAL POWIATOWY
im. Prałata J. Głowatzkiego
w Strzelcach Opolskich

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

DATA URODZENIA:

DZIEŃ MIESIĄC ROK

ADRES:

ULICA NR KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

legitymujący się:

RODZAJ DOKUMENTU: SERIA: NR:

upoważniam:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

DATA URODZENIA:

DZIEŃ MIESIĄC ROK

ADRES:

ULICA NR KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

legitymującego się:

RODZAJ DOKUMENTU: SERIA: NR:

do odbioru dokumentacji medycznej:

Z ODDZIAŁU: Z OKRESU:

☐ MOJEJ

☐ OSOBY, W STOSUNKU DO KTÓREJ JESTEM PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej

