



Szpital Powiatowy w Pyrzycach
ul. Jana Pawła II nr 2, 74 – 200 Pyrzyce

Upoważnienie do wydania kserokopii dokumentacji medycznej

Uwaga:

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

Upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko

Legitymującego(ca) się dokumentem tożsamości

do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej Pana/Pani:

Imię i nazwisko

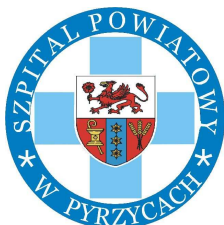
Legitymującego(ca) się dokumentem tożsamości

.....

data

.....

czytelny podpis Upoważniającego



Szpital Powiatowy w Pyrzycach
ul. Jana Pawła II nr 2, 74 – 200 Pyrzyce

Upoważnienie do wydania kserokopii dokumentacji medycznej

Uwaga:

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

Upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko

Legitymującego(ca) się dokumentem tożsamości

do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej Pana/Pani:

Imię i nazwisko

Legitymującego(ca) się dokumentem tożsamości

.....

data

.....

czytelny podpis Upoważniającego