



....., dnia

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI

Dane upoważniającego (Pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta*) :

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego (jw.)

Upoważniam Pana/Panią *(Proszę wypełnić drukowanymi literami)*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

.....
(imię i nazwisko, PESEL pacjenta)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....
Data i podpis pracownika Szpitala Dziecięcego Polanki

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Procedury ZI-13 - „Procedura udostępniania, pobierania płatności i miejsca wydawania dokumentacji medycznej”