



SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax 32 67-215-32 •

e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl • Regon 27621110, NIP 649-19-18-293

Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Upoważnienie do odbioru kopii dokumentacji medycznej

1. Miejsowość i data:.....

2. Imię i nazwisko pacjenta:.....

3. Adres zamieszkania:.....

4. PESEL:.....

5. Ja, niżej podpisany/a, legitymujący się dowodem

osobistym seria.....nr.....

upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem
wniosek w dniu.....

Panią/Pana

.....

legitymującą/-ego się dowodem osobistym seria.....nr.....

Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....