

	<p>Upoważnienie wydane przez pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej</p>	<p>Symbol: PZ1-PO5-I1-F2</p> <p>Wydanie: 01</p> <p>Obowiązuje od: 27.06.2019</p> <p>Strona: 1 / 1</p>
---	--	---

.....Kraków, dnia

(imię i nazwisko Pacjenta)

Adres

Telefon

(nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości)

Upoważniam Pana/ią

legitymującą się dokumentem tożsamości

(nazwa dokumentu, numer i seria)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej dotyczącej **PORADNI/ODDZIAŁU**

(nazwa poradni / oddziału)

z okresu leczenia

(wskazać daty od..... do.....)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)