

	<b>ZAŁĄCZNIK NR 5 INSTRUKCJI ARCHIWUM</b>		<b>NR- 01/5-NM-2010</b>
	<b>UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMANIA DOKUMENTACJI Z ARCHIWUM SZPITALNEGO</b>		<b>Strona 1/1</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.06.2021</b>	<b>WYDANIE 11</b>

**Dane upoważniającego:**

.....  
*(imię i nazwisko)* ..... *(miejsowość, data)*

.....

.....  
*(adres)*

.....  
*(nazwa i nr dokumentu tożsamości)*

## UPOWAŻNIENIE do otrzymania dokumentacji medycznej

Upoważniam Panią / Pana\* .....  
*(imię i nazwisko osoby upoważnionej)*

legitymującą się / legitymującego się\* .....  
.....  
*(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)*

do otrzymania kserokopii/odpisu\* dokumentacji medycznej z Oddziału  
.....  
*(nazwa Oddziału)*

.....  
*(leczenie miało miejsce w okresie)*

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
*(podpis)*