

	ZAŁACZNIK NR 5 INSTRUKCJI ARCHIWUM		NR- 01/5-NM-2010
	UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMANIA DOKUMENTACJI Z ARCHIWUM SZPITALNEGO		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.04.2019	WYDANIE 8

Dane upoważniającego:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, 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)