

Zespół Opieki Zdrowotnej
w Suchej Beskidzkiej

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany,

Imię i Nazwisko

..... PESEL

legitymujący się dowodem tożsamości:

nr..... upoważniam Pana / Panią

.....

legitymującego się dowodem tożsamości:

nr, do odbioru:

- kserokopii mojej dokumentacji medycznej¹
- moich wyników badań z dnia.....

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej

Potwierdzenie odbioru wyników badań:

.....
Data i podpis osoby wydającej

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej

Podstawa prawa: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
z dnia 6 listopada 2008 roku Dz. U. Nr 52, poz. 17 z 2009*

¹ Proszę niewłaściwe skreślić