

	ZAŁĄCZNIK NR 5 INSTRUKCJI ARCHIWUM		NR- 01/5-NM-2010
	UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMANIA DOKUMENTACJI Z ARCHIWUM SZPITALNEGO		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2022	WYDANIE 14

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)