

	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH	
	Załącznik nr 2 Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej	PA-2
		Wersja 1
		Obowiązuje od 01.07.2025 r.

Dnia _____

Imię i nazwisko pacjenta

Adres pacjenta

PESEL pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y niniejszym oświadczam, że upoważniam:

Panią/Pana _____ PESEL: _____

do uzyskania mojej dokumentacji medycznej w formie (właściwe zaznaczyć):

☐ kopia ☐ do wglądu, na miejscu ☐ odpis ☐ wyciąg ☐ wydruk ☐ wynik badania (CD)

Czytelny podpis Pacjenta

Data i czytelny podpis osoby w obecności, której został złożony podpis