



SZPITAL MIEJSKI W MIASTKU Sp. z o.o.
ul. Gen. Wybickiego 30; 77-200 Miastko
Tel. +48 59 857 0900; email:biuro@szpitalmiastko.pl
<http://www.szpitalmiastko.pl>



UPOWAŻNIENIE*

Upoważniam Pana / Panią:

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości:.....

Do odbioru dokumentacji medycznej Pana / Pani:

Imię i Nazwisko.....PESEL

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości:.....

.....
(data)

.....
(czytelny podpis upoważniającego)

***wymagane w przypadku wydania/udostępnienia dokumentacji medycznej innej osobie niż wskazana/upoważniona przez pacjenta w oświadczeniu składanym w dokumentacji medycznej.**