SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

F0057-IOD
UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wydanie 2 z dnia 25.11.2022

*Upoważnienie należy wydrukować i zabrać ze sobą wraz z dokumentem tożsamości w celu weryfikacji nr PESEL

1. DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ- PACJENT/RODZIC/OPIEKUN PRAWNY/PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

NAZWISKO……

IMIĘ……

Adres: ulica i numer domu/mieszkania……..

Kod pocztowy…… Miejscowość……

Nr telefonu kontaktowego……

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

UPOWAŻNIAM

2. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU

NAZWISKO……

IMIĘ……..

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | |

do odbioru mojej dokumentacji medycznej w Dziale Statystyki Medycznej Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

…… ……
data wypełnienia wniosku czytelny podpis osoby upoważniającej

……..
podpis osoby wydającej dokumentację medyczną