



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA  
Szpital i Przychodnia św. Zofii

pacjenta

**UPOWAŻNIENIE**  
przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego  
do wydania dokumentacji medycznej

**BARDZO PROSIMY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI**

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y**

<b>NAZWISKO</b>			
<b>IMIĘ</b>		<b>PESEL LUB DATA URODZENIA</b>	
<b>INNE DANE UMOŻLIWIAJĄCE IDENTYFIKACJĘ OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ W OPARCIU O DOWÓD OSOBISTY LUB INNY DOKUMENT URZĘDOWY ZE ZDJĘCIEM</b>			

**UPOWAŻNIAM**

<b>NAZWISKO</b>			
<b>IMIĘ</b>		<b>PESEL LUB DATA URODZENIA</b>	
<b>INNE DANE UMOŻLIWIAJĄCE IDENTYFIKACJĘ OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ W OPARCIU O DOWÓD OSOBISTY LUB INNY DOKUMENT URZĘDOWY ZE ZDJĘCIEM</b>			

do odbioru dokumentacji medycznej

<input type="checkbox"/>	mojej
<input type="checkbox"/>	mojego dziecka
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>	
<b>PESEL LUB DATA URODZENIA PACJENTA</b>	

--

miejsowość i data

--

czytelny (własnoręczny) podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego