

.....
Miejscowość, data

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej**

Ja niżej

podpisany/na.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....

upoważniamPESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej z SP ZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni

☐ mojej

☐ mojego dziecka.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

☐ osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym t.j.

.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)
(do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej niezbędne jest orzeczenie sądu).

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej
data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię
dokumentacji medycznej