

.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/na.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

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

upoważniam.....PESEL.....
(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

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

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