

Załącznik nr 2 do Instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej

**KIEROWNIK
CENTRUM MEDYCZNEGO KORMED
W LUBACZOWIE**

.....dnia.....
(miejsowość)

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

.....
Adres

.....
Telefon

.....
(nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości)

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/ią

legitymującą się dokumentem tożsamości

(nazwa dokumentu, numer i seria)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej dotyczącej

.....

(nazwa poradni / oddziału/pracowni/ośrodka)

- z okresu leczenia

(wskazać daty od... do...)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

.....
(czytelny podpis pracownika w obecności, którego składane jest upoważnienie)

*Niewłaściwe skreślić