

.....
Imię i nazwisko

Elbląg dnia

.....
Adres zamieszkania

PESEL

Telefon:

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a/, legitymujący/a/ się dowodem osobistym nr.....
zwracam się z prośbą udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w zakresie
wglądu* / wydanie kopii dokumentacji medycznej* dotyczącej mojego leczenia w Szpitalu Miejskim
św. Jana Pawła II w Elblągu

- w oddziale*, w okresie

lub

- poradni specjalistycznej*, w okresie

i upoważniam

pana/panią /imię i nazwisko/

legitymującego/cej/ się dowodem osobistym nr.....

* właściwe zaznaczyć

F5711

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)