



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W MAŁOPOLSKIM SZPITALU
ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNYM

Ja, niżej podpisany / na

.....
Imię i nazwisko

Zamieszkały/ a

.....
adres

legitymujący/ a się dokumentem tożsamości.....

.....
rodzaj dokumentu

Seria Nr PESEL:

upoważniam Pana/ Panią:

.....
Imię i nazwisko upoważnionego

.....
adres

legitymujący/ a się dokumentem tożsamości.....

.....
rodzaj dokumentu

Seria Nr PESEL:

do wglądu w siedzibie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego*/wydania kopii*/ wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego – skanu*/wyciągu*/odpisu*/ wydruku*/ oryginału*/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ na informatycznym nośniku danych*/ dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić