

 małopolski szpital ortopedyczno-rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka	FORMULARZ	F-P-PP-2.2
	Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej	Wydanie VII z dnia 24.09.2025 r.
		Strona 1 z 1

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W MAŁOPOLSKIM SZPITALU ORTOPEDYCZNO -
REHABILITACYJNYM IM. PROF. BOGUSŁAWA FRAŃCZUKA

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 im. prof. Bogusława Frańczuka*/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 skreśli