


| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
|  | WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII | | |
| | UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU /ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | | Formularz F-2/IN-1/PP4 |
| | Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji | Aktualna edycja obowiązuje od: 22.06.2020 Data wprowadzenia: 02.01.2009 | Edycja 3 |

Poznań, dnia.....

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i Nazwisko PACJENTA - Upoważniającego | | NUMER | | | | | | | | | | |
| Seria i numer Dowodu osobistego/ Paszportu | | PESEL | | | | | | | | | | |
| ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____ Legitymujący się dowodem tożsamości _____ | | | | | | | | | | | | |
| Upoważniam Pana/Panią: | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko Upoważnionego | | PESEL | | | | | | | | | | |
| Legitymujący się dowodem tożsamości _____ | | | | | | | | | | | | |
| do uzyskania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zamieszczonymi we <i>Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.</i> | | | | | | | | | | | | |

Poznań, dnia _____

_____ podpis PACJENTA - Upoważniającego