



Szpital Specjalistyczny Ducha
Świętego w Sandomierzu
27-600 Sandomierz
ul. Schinzla 13

Sandomierz, dnia: dddd/mm/rrrr

**UPOWAŻNIENIE
DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

Upoważniam Pana/Panią: Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani:

Imię i Nazwisko

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

.....

(data)

.....

(czytelny podpis upoważniającego)