Załącznik nr 2

Radziejów, dnia …………………..

……………………………………..

(imię i nazwisko )

………………………………….

………………………………….

(adres zamieszkania)

………………………………….

PESEL

………………………………….

(telefon)

**Upoważnienie do wydania kopii dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr ………………………………….

zwracam się z prośbą do ………………………………………………………………………..

o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu,

a dotyczącej mojej osoby oraz upoważniam: ……………………………………………………

(imię i nazwisko )

legitymującego się dowodem osobistym nr ……………………………………………………...

do jej odbioru z SP ZOZ w Radziejowie, ul. Szpitalna 3.

…………………………………. ………………………………………..

( data i podpis) (czytelny podpis osoby przyjmującej)