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)