Załącznik nr 2

Radziejów, dnia …………………..

……………………………………………………

(imię i nazwisko osoby, której dotyczy dok. med. )

……………………………………………….

………………………………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………………

PESEL

………………………………………………

(telefon)

**Upoważnienie do wydania kopii dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą do SP ZOZ w Radziejowie, ul. Szpitalna 3

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

a dotyczącej mojej osoby, do odbioru upoważniam: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko )

legitymującego się nr PESEL……………………………………………………………………..

…………………………………………… …………………………………..

(data i podpis osoby, której dotyczy dok. med.) (czytelny odpis osoby odbierającej)