



**Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora SPZOZ w Człuchowie
z dnia 10.07.2017 r. nr 15/2017**

Człuchów, dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane upoważniającego (pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

.....
(Imię, nazwisko) (PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią* (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

* Niepotrzebne skreślić