

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko, imię pacjenta

.....
Adres, tel. kontaktowy

PESEL:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam

.....
Dane osoby upoważnionej, adres ,nr PESEL *

do odbioru dokumentacji medycznej , o której udostępnienie złożyłem/am wniosek
w dniuw.....

wpisać miejsce złożenia wniosku/ lub sposób złożenia wniosku

.....
Czytelny podpis wnioskującego

OŚWIADCZENIE OSOBY UPOWAŻNIONEJ ODBIERAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

Ja niżej podpisany jako osoba upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej określonej wnioskiem udostępnienia z dnia..... oświadczam, że otrzymałem dokumentację medyczną dn.

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych obowiązujących w CPiT w Bystrej (Podstawa prawna : art. 13 RODO).

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej

**Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z w/w wnioskiem potwierdzam na podstawie okazania

.....
Podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub nazwę dokumentu potwierdzonego notarialnie/administracyjnie

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną

* W przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem

** Wypełnia Pracownik Centrum