



## Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

43-360 Bystra, ul. J. Fałata 2  
NIP 937 00 10 797 REGON 000640923  
TELEFON +48 33 4991 801  
EMAIL sekretariat@szpitalbystra.pl  
WWW.szpitalbystra.pl

.....  
Miejscowość, data

.....  
Nazwisko, imię pacjenta

.....  
Adres, tel. kontaktowy

nr PESEL: □□□□□□□□□□

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam .....

.....  
dane osoby upoważnionej, adres, nr PESEL\*

do odbioru dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej .....

.....  
wpisać miejsca złożenia wniosku

.....  
czytelny podpis pacjenta

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodnie z upoważnieniem, potwierdzono na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....  
data, czytelny podpis wnioskującego

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

\*W przypadku braku nr PESEL wpisać nr dowodu tożsamości