



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(miejscowość i data)

Dane osoby, której dotyczy dokumentacja

Imię i nazwisko

PESEL

Adres, telefon

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym/paszportem
zwracam się z prośbą do NOVUM-MED Sp. z o.o. prowadzącej Szpital Powiatowy NZOZ
w Więcborku o **sporządzenie i wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej:**

.....

- Upoważniam Pana /Panią
Legitymującego/cej się dowodem osobistym/paszportem
do odbioru z NOVUM-MED Sp. z o.o. prowadzącej Szpital Powiatowy NZOZ
w Więcborku, ul. Mickiewicza 26, mojej dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(data i czytelny podpis osoby kwitującej
odbiór kopii dok. medycznej)