

Załącznik 4

Bolesławiec, dnia.....

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Bolesławcu**

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru dokumentacji medycznej**

Miejscowość, data.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres Zamieszkania.....

PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ja niżej podpisana, legitymująca się dowodem osobistym Seria.....Nr..... upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłam/łem wniosek w dniu

Pana(-nią).....

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

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

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