

	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		PA/ ZI /02
			Strona 1/1
	Udostępnianie dokumentacji archiwalnej w SPZOZ w Świdnicy		Wydanie 6

Załącznik nr 3

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana / Panią:

Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości.....

Do odbioru dokumentacji medycznej Pana / Pani:

Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości.....

.....
(data i czytelny podpis upoważniającego(cą))