Załącznik nr 3 do Instrukcji udostępniania

 dokumentacji medycznej pacjenta w SPZOL

 Miejscowość i data ……………………………………

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym o numerze…………………………………………,

numer PESEL………………………………………………………………, zamieszkałą/y…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Upoważniam** ………………………………………………………………………, legitymująca/y się dowodem osobistym

o numerze ……………………………………………………………………… nr PESEL…………………………………………………….

Zamieszkałą/y……………………………………………………………………………………………………………………………………….

do pozyskania mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym im. Królowej Karoli z siedzibą w Dobrodzieniu.

 …………………………………………………………………….

 Podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego Pacjenta