**SZPITAL IM. ŚWIĘTEJ JADWIGI ŚLĄSKIEJ**

**W TRZEBNICY**

Trzebnica, dnia …………………………

**Upoważnienie do wydania dokumentacji**

Dane upoważniającego ( Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta \*) :

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

 *Imię, nazwisko PESEL*

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

*adres zamieszkania*

**Oświadczenie upoważniającego (j.w.)**

Upoważniam Pana/Panią *(Proszę wypełnić drukowanymi literami)*

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

*Imię i nazwisko*

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

*adres zamieszkania*

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr ………………...………………………………………………………………...

**do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)**

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

*Imię, nazwisko i PESEL pacjenta*

……………………………………………………………….

 *data i podpis osoby upoważniającej*

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

……………………………………………………………………………

 *data/podpis pracownika Sekcji Statystyki Medycznej Szpitala*

\* *Niepotrzebne skreślić*