

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie  
Polityka Bezpieczeństwa Informacji  
ul. M. Niedziałkowskiego 4A, 73-200 Choszczno  
tel. +48 95 7652438 fax.: +48 95 7652410

**UPOWAŻNIENIE  
DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w 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/

.....  
/Czytelny podpis Upoważniającego/