



INSTYTUT MEDYCZYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

Formularz nr 4
do Instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej w IMPiZS

Sosnowiec, dnia

**UPOWAŻNIENIE
do wydania dokumentacji medycznej**

1. Dane upoważniającego (pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta *) :

.....
(imię i nazwisko) (PESEL)
.....
(adres zamieszkania)

2. Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

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

.....
(imię i nazwisko)
.....
(adres zamieszkania)

legitymującej/go się dokumentem
tożsamości.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej (dane pacjenta)

(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

Niniejsze Upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

3. Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....
(data, czytelny podpis pracownika podmiotu medycznego)

* *niepotrzebne skreślić*