

Załącznik nr 7 (F7-P-UM-2)

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam :

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....

Dokument tożsamości

(nazwa).....

Do wydania dokumentacji medycznej dla pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta.....

.....

Dokument tożsamości

(nazwa).....

Z dnia:.....

Z miejsca zdarzenia.....

Data i podpis pacjenta