Załącznik nr 2

 Ryki, dnia …………………………

**UPOWAŻNIENIE**

**do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany/a legitymujący się dowodem osobistym seria ……… nr ………..… wydanym przez ………………………………………………………………………….…….

**upoważniam**

Panią/Pana ………………………………………………………………………………..

legitymującą/ego się dowodem osobistym seria ……………….. nr ……………….. wydanym przez …………………………………………………………………………..

do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu ……………………

 ………………………………………………

 czytelny podpis wnioskującego

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wypełnia pracownik szpitala

W dniu ……………………… zgodnie z wolą pacjenta przedmiotowa dokumentacja medyczna została przekazana osobie upoważnionej, legitymującej się dowodem osobistym (lub innym dokumentem tożsamości) seria ……………….. nr ……………….. wydanym przez ………………………………………..

 ………………………………………………

 data, czytelny podpis pracownika szpitala

 wydającego dokumentację