

WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII



UPOWAŻNIENIE
DO DOSTĘPU (ODBIORU) DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Załącznik nr P-0-02-01/3

edycja 2 z dnia 10.06.2016

.....
imię i nazwisko pacjenta - upoważniającego

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Legitymujący(a) się dokumentem tożsamości:

Rodzaj..... numer.....

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 186)

Upoważniam Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko upoważnianego

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Legitymującego(ca) się dokumentem tożsamości:

Rodzaj..... numer.....

do uzyskiwania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zawartymi we **Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej** z dnia.....

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta - upoważniającego