Załącznik nr 2

Radziejów, dnia …………………..

……………………………………………………

(imię i nazwisko osoby, której dotyczy dok. med. )

……………………………………………….

………………………………………………

 (adres zamieszkania)

………………………………………………

 PESEL

………………………………………………

 (telefon)

 **Upoważnienie do wydania kopii dokumentacji medycznej**

 Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą do SP ZOZ w Radziejowie, ul. Szpitalna 3

 o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu,

 a dotyczącej mojej osoby, do odbioru upoważniam: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko )

legitymującego się nr PESEL……………………………………………………………………..

 …………………………………………… …………………………………..

 (data i podpis osoby, której dotyczy dok. med.) (czytelny odpis osoby odbierającej)