



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI

„SZPITAL POWIATOWY” im. bł. Marty Wieckiej

32-700 BOCHNIA, ul. Krakowska 31



Telefon: Centrala (0-14) 615-34-00; fax (0-14) 615-32-02

e-mail: administracja@szpital-bochnia.pl

Odbiór dokumentacji medycznej: poniedziałek – piątek, w godzinach 7³⁰ – 14³⁰

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

..... nr PESEL

(Imię i Nazwisko pacjenta)

Upoważniam do wydania dokumentacji medycznej:

do pełnej dokumentacji medycznej

jednorazowo do odbioru dokumentacji medycznej dot.

Pana/nią:

.....legitymującego/ą się dowodem tożsamości

(seria i numer)

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 tekst jednolity z późn. zm.)