

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI „SZPITAL POWIATOWY”**

**im. bl. 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

## **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:

.....nr PESEL .....

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta

Każdorazowo należy osobę upoważnioną poprosić o okazanie dokumentu np. dowodu osobistego, paszportu w celu weryfikacji tożsamości.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2022.0.1876 t.j. z późn. zm.)