

	FORMULARZ	F-P-PP-2.2
	<i>Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej znajdującej się w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii</i>	Wydanie II z dnia 25.05.2017 r.
		Strona 1 z 1

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W KRAKOWSKIM CENTRUM REHABILITACJI i ORTOPEDII**

Ja, niżej podpisany / na

.....
Imię i nazwisko

Zamieszkały/ a

.....
adres

legitymujący/ a się dokumentem tożsamości.....

rodzaj dokumentu

Seria Nr PESEL:

upoważniam Pana/ Panią:

.....
Imię i nazwisko upoważnionego

.....
adres

legitymujący/ a się dokumentem tożsamości.....

rodzaj dokumentu

Seria Nr PESEL:

do wglądu w siedzibie Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii*/wydania kopii*/ wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego - skanu*/wyciągu*/odpisu*/ wydruku*/ oryginału*/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ na informatycznym nośniku danych*/ dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

)

***niepotrzebne skreślić**