

	<b>FORMULARZ</b>	<b>F-P-PP-2.2</b>
	<i>Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej znajdującej się w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii</i>	Wydanie IV z dnia 14.06.2018 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