



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŻNY**  
w Warszawie

**Załącznik nr 2**

**Upoważnienie do wydania kserokopii/kopii poświadczonej za zgodność z  
oryginałem/oryginału dokumentacji medycznej**

.....  
*/Miejscowość i data/*

Ja niżej podpisany/na .....  
legitymujący/ca się dokumentem tożsamości:

seria i nr dowodu.....

numer PESEL/ data urodzenia upoważniającego.....

adres/ nr telefonu upoważniającego.....

.....  
upoważniam.....

seria i nr dowodu.....

numer PESEL/ data urodzenia upoważnionego.....

adres/ nr telefonu upoważnionego.....

.....

do odbioru /kserokopii/kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem/oryginału/ (właściwe  
zakreślić) mojej dokumentacji medycznej.

.....  
*/czytelny podpis osoby upoważniającej/*

.....  
*/czytelny podpis osoby upoważnionej/*