

	Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie			
	POLITYKA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH		Wersja 1	Data wydania: 2018-05-25

Załącznik nr 2 do Procedury udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
Ja, niżej podpisany:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
Upoważniam:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
do odbioru mojej dokumentacji medycznej.			
Miejscowość:			
_____		_____	
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)		(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)	