

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII		
	Upoważnienie do dostępu/odbioru dokumentacji medycznej		Formularz F-2/P-2/IM4
	Właściciel dokumentu: Manager ds. Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 02.01.2026 Data wprowadzenia: 02.01.2009	Strona 1 z 1 Edycja 4

Poznań, dnia.....

Imię i Nazwisko PACJENTA - Upoważniającego		NUMER PESEL																	
Seria i numer Dowodu osobistego/Paszportu																			
ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____ Legitymujący się dowodem tożsamości _____																			
Upoważniam Pana/Panią:																			
Imię i Nazwisko Upoważnionego		PESEL																	
Legitymujący się dowodem tożsamości _____																			
do uzyskania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zamieszczonymi we <i>Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.</i>																			

Poznań, dnia _____

_____ podpis PACJENTA - Upoważniającego