



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
PESEL

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią
zamieszkałego/zamieszkałą
legitymującego/legitymującą się dowodem osobistym
PESEL do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....
(czytelny podpis)