



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-23-14
fax (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Uwaga:

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

Upoważniam Pana/Panią:

.....
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani:

.....
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

Sejny, dnia

.....
(podpis)



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-23-14
fax (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Uwaga:

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

Upoważniam Pana/Panią:

.....
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani:

.....
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

Sejny, dnia

.....
(podpis)