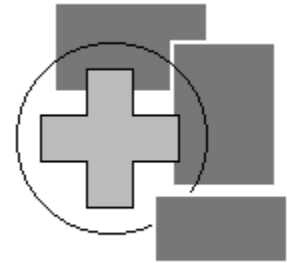


**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w KRAŚNIKU**

ul. Chopina 13  
23-200 Kraśnik  
NIP: 7151590090  
REGON: 431181344

tel.: (0-81) 8251366  
fax: (0-81) 8843209  
e-mail: [poczta@spzoz.krasnik.pl](mailto:poczta@spzoz.krasnik.pl)  
www.spzoz.krasnik.pl



Załącznik nr Z I 3.3.1.1 Wydanie nr IV  
z dnia 15.11.2019r. s. 1

## Upoważnienie pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

.....  
Legitymujący/a się dokumentem tożsamości.....

Seria..... Numer.....

PESEL upoważniającego \_ \_ \_ \_ \_

Upoważniam Pana/Panią.....

Legitymującego się dokumentem tożsamości.....

Seria..... Numer.....

PESEL osoby upoważnionej \_ \_ \_ \_ \_

**Rodzaj dokumentacji medycznej:** .....

### Rodzaj upoważnienia:

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego pacjenta*)

.....  
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....  
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej