



.....
Miejscowość

.....
Data

Upoważnienie pacjenta do wydania dokumentacji medycznej w NZOZ "SANA-MED" s.c w Olkuszu

Ja niżej podpisany/a
legitymujący/a się dowodem tożsamości
numer.....seria.....
numer PESEL (upoważniającego).....

upoważniam Pana/Panią
legitymującego/ą się dokumentem tożsamości
numer.....seria.....
numer PESEL (upoważnionego).....

do odbioru dokumentacji medycznej

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
podpis upoważnionego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tutejszej placówce w szczególności na przetwarzania danych związane z udzielaniem świadczenia zdrowotnego oraz jego rozliczeniem. Wyrażam również zgodę na otrzymywanie informacji handlowych tutejszej placówki.

.....
podpis osoby upoważniającej

.....
podpis upoważnionego