

**Upoważnienie**

**do wydania kopii dokumentacji medycznej**

**oraz do udzielania informacji o stanie zdrowia Pacjenta**

**Dane Pacjenta:**

**Imię i nazwisko**: .................................................................................................................................

**PESEL**: ................................... **Adres i telefon:** ...................................................................................

Ja niżej podpisany (-a) upoważniam/nie upoważniam\* Sancor Sp. z o. o. do udostępniania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby oraz udzielania informacji na temat mojego stanu zdrowia

Panu/Pani: .........................................................................................................................................

PESEL: .................................., tel.: ............................................., adres: .............................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................

**data i podpis Pacjenta**

Zapoznałem (-am) sie z ustawą o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

**\* niepotrzebne skreślić.**



**Upoważnienie**

**do wydania kopii dokumentacji medycznej**

**oraz do udzielania informacji o stanie zdrowia Pacjenta**

**Dane Pacjenta:**

**Imię i nazwisko**: .................................................................................................................................

**PESEL**: ................................... **Adres i telefon:** ...................................................................................

Ja niżej podpisany (-a) upoważniam/nie upoważniam\* Sancor Sp. z o. o. do udostępniania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby oraz udzielania informacji na temat mojego stanu zdrowia

Panu/Pani: .........................................................................................................................................

PESEL: .................................., tel.: ............................................., adres: .............................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................

**data i podpis Pacjenta**

Zapoznałem (-am) sie z ustawą o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

**\* niepotrzebne skreślić.**