

..... Częstochowa, dn.

(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(telefon)

**Dyrektor
Miejskiego Szpitala Zespołonego
ul. Mirowska 15
42-200 Częstochowa**

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam
(imię i nazwisko)

legitymującego się dowodem osobistym.....do odbioru,
(seria i numer)

z Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie, udostępnionej mi dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis)