



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

UPOWAŻNIENIE

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej Panią/Pana:

(imię i nazwisko, nr telefonu lub e-mail)

Upoważniam do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych Panią/Pana:

(imię i nazwisko, nr telefonu lub e-mail)

Nie upoważniam nikogo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta</i>

* Upoważnienie jest ważne do czasu jego odwołania.