

Załącznik nr 1	Do Q-ZI 3.3./P-1	Data obowiązywania: 08.03.2021	Wersja: 8	Strona: 2 z 2
----------------	-------------------------	-----------------------------------	-----------	---------------

Sposób odbioru dokumentacji (należy zaznaczyć x w odpowiednim miejscu):

- osobisty
- wysyłka na adres korespondencyjny listem poleconym *(należy podać adres do korespondencji jeśli jest inny niż zamieszkania)*

-
- osoba upoważniona *(należy podać imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz serie i numer dowodu osobistego)*

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana.....

.....legitymującego się.....nr.....

.....
miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta /
przedstawiciela ustawowego

- wysyłka na adres email *(należy podać adres email)*

.....

.....
miejsowość, data, czytelny podpis wnioskującego

Potwierdzam osobisty odbiór dokumentacji:

.....
miejsowość, data, czytelny podpis odbierającego

Podstawa prawna: Art. 26,27,28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U.2020. poz.849 j.t.