

Załącznik nr 2 do Instrukcji ISO

ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W INSTYTUCIE MATKI I DZIECKA

INSTYTUT MATKI I DZIECKA
Ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa
Tel. 22 32-77-422; fax. 22 32-77-126

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią/Pana: *KAROLA KOWALSKIEGO*

Legitymującą/ego się (rodzaj dokumentu)..... *DOWODEM OSOBISTYM*

seria i numer..... *AFK654321*

Do odbioru następującej dokumentacji medycznej..... *PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA
, ODDZIAŁ CHIRURGICZNY*

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko..... *TOMASZ NOWAK* PESEL..... *75123456789*

Adres zameldowania..... *UL. BAJKOWA 10 03-456 WARSZAWA*

Data i miejsce urodzenia..... *04.12.1975 WARSZAWA*

data i czytelny podpis osoby upoważniającej..... *01.01.2015 Nowak Tomasz*