



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
w Sejnach**

ul. Edwarda Rittlera 2  
16-500 Sejny

tel. (87) 516-21-38  
(87) 516-21-26  
fax (87) 516-23-41

www.szpital.sejny.pl  
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785  
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 80 1500 1719 1217 1001 5282 0000

## **Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej**

**Uwaga:**

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

**Upoważniam Pana/Panią:**

.....  
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości: .....

**do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani:**

.....  
(Imię i Nazwisko)

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości: .....

Sejny, dnia .....

.....  
(podpis)