Załącznik nr 21 do Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych wprowadzonej Zarządzeniem nr 17 z dnia 30 kwietnia 2021 r. Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie



**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Upoważniam**

Panią/Pana.................................................................................................................................

legitymującej/go się dokumentem tożsamości ...........................................................................

....................................................................................................................................................

Do odbioru dokumentacji medycznej :

...............................................................................................................................................

(Imię i nazwisko pacjenta)

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko............................................................................................................................

PESEL:.......................................................................................................................................

Adres zamieszkania....................................................................................................................

Nr telefonu..................................................................................................................................