

Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2  
im. Św. Jadwigi Królowej  
w Rzeszowie

**OŚWIADCZENIA PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\***

***Upoważniam / nie upoważniam nikogo\**** do uzyskania dokumentacji medycznej za życia, i po śmierci

.....  
nazwisko i imię osoby upoważnionej

.....  
adres (o ile to możliwe wraz z kodem pocztowym)

.....  
data i czytelny *podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego\**

niepotrzebne skreślić

Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2  
im. Św. Jadwigi Królowej  
w Rzeszowie

**OŚWIADCZENIA PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\***

***Upoważniam / nie upoważniam nikogo\**** do uzyskania dokumentacji medycznej za życia, i po śmierci

.....  
nazwisko i imię osoby upoważnionej

.....  
adres (o ile to możliwe wraz z kodem pocztowym)

.....  
data i czytelny *podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego\**