Miejscowość i data……………….………………….

**UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**(stosowane w przypadku, gdy pacjent nie może odebrać dokumentacji osobiście)**

Ja niżej podpisany

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

Nr PESEL………………………………………………………………………………………

Upoważniam Pana/Panią……………………………………………………………………….

nr PESEL: ……………………………………………………………………………………..

legitymującego/legitymującą się dowodem osobistym seria i nr ………………………………

do odbioru dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej.

………………………..

data i podpis

……………………………………………………..

czytelny podpis osoby przyjmującej

**Administratorem** Państwa danych osobowych jest Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie, ul. Świętokrzyska 43, 20-867 Lublin, adres e-mail: sekretariat@ikardia.pl, nr tel. 81 561 24 70, wpisana do Rejestru przedsiębiorców KRS przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy KRS pod nr 0000252703, NIP: 7122998983, REGON: 060116658.