.....

(miejscowość, data)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/ny…….

zamieszkała/ły……..

legitymująca/cy się dowodem osobistym o numerze ……...

upoważniam p. ……..…… zatrudnioną w Wydziale Zarządu i Rozwoju Powiatu w Kutnie do występowania w moim imieniu do Zarządu Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o. z siedzibą w Kutnie, w celu uzyskania wszelkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, związanych z moim pobytem w okresie …… w KSS Sp. z o.o., które są niezbędne dla rozpatrywania złożonej przeze mnie skargi/wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, związanych z pobytem w KSS Sp. z o.o. zawartych w dokumentacji medycznej.

……

(czytelny podpis)