

miejsowość i data

Nazwa i adres firmy:

---

---

---

LUX MED Sp. z o.o.  
ul. Postępu 21 C  
02-676 Warszawa

## Upoważnienie do Odbioru Dokumentacji Medycznej

Szanowni Państwo,

zgodnie z poczynionymi ustaleniami dotyczącymi przeniesienia indywidualnej dokumentacji medycznej z zakresu Medycyny Pracy pracowników firmy \_\_\_\_\_ z Centrum Medycznego:

\_\_\_\_\_  
(nazwa i adres byłego świadczeniodawcy)

do jednostki służby medycyny pracy

\_\_\_\_\_  
(adres centrum medycznego, do którego ma być przekazana dokumentacja)

zgodnie z § 10 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. z 2010 r. Nr 149, poz. 1002), przekazujemy z działu HR aktualną listę pracowników upoważnionych do usług medycznych.

\_\_\_\_\_  
podpis osoby reprezentującej firmę

Status:  
Dokument o ograniczonym dostępie

Załącznik nr...  
str. 1



luxmed.pl