



Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data

2. Imię i nazwisko pacjenta

3. Adres zamieszkania

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria Nr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioski w
dniu Pana (-ią) legitymującego (-ą)
się dowodem osobistym Seria Nr

6. Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)



Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data

2. Imię i nazwisko pacjenta

3. Adres zamieszkania

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria Nr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioski w
dniu Pana (-ią) legitymującego (-ą)
się dowodem osobistym Seria Nr

6. Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)