**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 wniosek w dniu …............................ Pana (-ią) …......................................................... legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria …..................... Nr ….......................

6. Upoważnienie jest jednorazowe.

............................................................

(Data i czytelny podpis pacjenta)

…................................................................

(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)