

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)