

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

Ja niżej podpisana/-ny, upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłam/-em wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w dniu ..... Panią/Pana:

Imię i nazwisko .....

Legitymującą/-cego się dowodem osobistym Seria ..... numer .....

.....

czytelny podpis pacjenta czytelny podpis osoby upoważnionej

.....

Miejscowość i data

UWAGA:

Do upoważnienia niezbędne jest okazanie dokumentu tożsamości pacjenta z podpisem w celu jego weryfikacji oraz dokumentu tożsamości osoby upoważnionej podanego

.....  
czytelny podpis, data