



## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Miejscowość

Data

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Ja, niżej podpisany legitymujący się

podać nazwę i nr dowodu tożsamości

upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu  Pana (-ią)

legitymującego się

podać nazwę i nr dowodu tożsamości

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....  
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta