

**Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data

2. Imię i nazwisko pacjenta

3. Adres zamieszkania

4. PESEL:

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

Ja niżej podpisany ,
(imię i nazwisko)

legitymujący się dowodem osobistym Seria Nr, wydanym
przez.....

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

legitymującego(-ą) się dowodem osobistym Seria Nr wydanym
przez

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

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)