



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