

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
Pana (-ią) legitymującego (-ą) się dowodem
osobistym Seria Nr

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

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