

**Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data
2. Imię i nazwisko pacjenta
3. Adres zamieszkania
4. Nr PESEL

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

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym serianr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, w sprawie udostępnienia której
złożyłem wniosek w dniu Pania/ią
legitymującego/ą dowodem osobistym serianr

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....