

## UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a .....

legitymujący/a się dokumentem tożsamości .....

numer..... seria .....

numer PESEL (upoważniającego)

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

Upoważniam Pana/Panią .....

legitymującą/ą się dokumentem tożsamości .....

numer..... seria .....

numer PESEL (upoważnionego)

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

do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby:

.....  
(rodzaj dokumentacji, nazwa oddziału, poradni lub innej komórki organizacyjnej)

\_\_\_\_\_  
miejsowość i data

- Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy,
- Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość

.....  
data i podpis upoważniającego

.....

czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie