

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

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

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

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

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

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)