

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejsowość, data

.....

2. Imię i nazwisko pacjenta

.....

3. Adres zamieszkania

.....

4. PESEL

.....

5. Ja niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym Seria.....Numer.....
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w
dniu.....Pana/nią.....legitymującego/ą się
dowodem osobistym Seria.....Numer.....

.....

(Data, czytelny podpis pacjenta)

.....

(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)