

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

- 1. Miejscowość, data .....
- 2. Imię i nazwisko pacjenta .....
- 3. Adres Zamieszkania .....
- 4. PESEL .....

5. Ja niżej podpisana, legitymująca się dowodem osobistym Seria.....Nr..... upoważniam do obioru  
mojej dokumentacji medycznej

Pana (-nią) .....

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

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

.....  
( data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie)