



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

.....

PESEL

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

Ja niżej podpisana/-ny upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłam/-em wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w dniu Panią/Pana:

Imię i nazwisko

Legitymującą/-cego się

(wskazać dokument identyfikujący tożsamość oraz jego nr/serię)

.....

czytelny podpis pacjenta

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej

.....

miejsowość i data

UWAGA:

W momencie odbioru dokumentacji medycznej niezbędne jest okazanie się osoby upoważnionej wskazanym w upoważnieniu dokumentem identyfikującym tożsamość