



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

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

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

Imię i nazwisko

Legitymującą/-cego się dowodem osobistym Seria numer

.....

czytelny podpis pacjenta

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej

.....

Miejscowość i data

UWAGA:

Do upoważnienia niezbędne jest okazanie dokumentu tożsamości pacjenta z podpisem w celu jego weryfikacji oraz dokumentu tożsamości osoby upoważnionej podanego w upoważnieniu.