

**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(ia)
legitymującego (-a) się dowodem osobistym: seria nr
6. Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....
data i czytelny podpis pacjenta