

**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