



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany,
(imię i nazwisko pacjenta)

legitymujący/ca się dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości
numer..... seria..... dokumentu. Nr Pesel _ _ _ _ _

Upoważniam Pana/Panią,
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymujący/ca się dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości
numer..... seria..... dokumentu. Nr Pesel _ _ _ _ _

do odbioru dokumentacji medycznej:

1
(rodzaj dokumentacji medycznej)

2
(rodzaj dokumentacji medycznej)

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....
(Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)