

UPOWAŻNIENIE
do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data.....
2. Imię i nazwisko pacjenta.....
3. Adres Zamieszkania.....
4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5. Ja niżej podpisana, legitymująca się dowodem osobistym Seria.....Nr.....
upoważniam do obioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie
złożyłam/łem wnioski w dniu
Pana(-nią).....
Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

Poświadczenie notarialne lub rządowe wiarygodności złożonych podpisów

.....
(data i podpis oraz stanowisko poświadczającego podpisy)