



UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a
legitymujący/a się dokumentem tożsamości
numer..... seria
numer PESEL (upoważniającego)

Upoważniam Pana/Panią
legitymującego/ą się dokumentem tożsamości
numer..... seria
numer PESEL (upoważnionego)

do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby:

.....

(rodzaj dokumentacji, nazwa poradni / ośrodka)

miejsowość i data

- Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy,
- Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość

.....
data i podpis upoważniającego

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie