

### Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko pacjenta:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria ..... Nr ..... upoważniam Panią / Pana ....., legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym Seria ..... Nr ....., do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu .....

5. Upoważnienia jest jednorazowe.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta