

Upoważnienie do odbioru kopii dokumentacji medycznej

1. Miejscowość i data:.....

2. Imię i nazwisko pacjenta:.....

3. Adres zamieszkania:.....

4. PESEL:

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

5. Ja, niżej podpisany/a, legitymujący się dowodem osobistym

seria.....nr.....upoważniam do odbioru mojej dokumentacji

medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dn.....,

Panią/Pana.....legitymującą/-ego się

dowodem osobistym seria.....nr.....

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis pracownika przyjmującego
upoważnienie