

**Upoważnienie  
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość: .....
2. Data: .....
3. Imię i nazwisko pacjenta .....
4. Adres zamieszkania .....
5. PESEL .....

Ja, niżej podpisany legitymujący się dokumentem tożsamości ..... Seria  
..... Nr ....., wydanym przez .....

upoważniam do wglądu/ do odbioru\* wnioskowanej przeze mnie dokumentacji medycznej,

Panią/ Pana ..... legitymującą/-ego się

dokumentem tożsamości Seria ..... Nr ....., wydanym przez .....

..... Upoważnienia jest jednorazowe.

.....  
podpis pacjenta

Podpis organu potwierdzającego własnoręcznie podpisu:

.....

---

\* niepotrzebne skreślić