

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,
Pani/Pana legitymującego(-ego) się
dokumentem tożsamości Seria Nr , wydanym przez
..... Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
podpis pacjenta

Podpis organu potwierdzającego własnoręczny podpis:

.....

*niepotrzebne skreślić