



UPOWAŻNIENIE

do wydania dokumentacji medycznej

(w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej)

JA NIŻEJ PODPISANY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

UPOWAŻNIAM

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego