

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a

....., PESEL

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria/numer)

wydanym przez

upoważniam

Pana/Panią

....., PESEL

legitymującego/ą się dowodem osobistym (seria/numer)

wydanym przez

do odbioru dokumentacji medycznej, o którą wnioskuję - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)