

**Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data
2. Imię i nazwisko pacjenta
3. Adres zamieszkania
4. PESEL
5. Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym seria nr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w
dniu Pana (-ią)
legitymującego się dowodem osobistym seria nr

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)