

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Ja niżej podpisany/na

.....  
Imię i nazwisko

### Legitymujący/ca się dowodem osobistym

numer: .....

seria: .....

Numer PESEL: \_\_\_\_\_

### Upoważniam Pana/ Panią

.....  
Imię i nazwisko

### Legitymujący/ca się dowodem osobistym

numer: .....

seria: .....

Numer PESEL: \_\_\_\_\_

### do odbioru dokumentacji medycznej

.....  
Rodzaj dokumentacji medycznej

\*Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....  
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej  
upoważnienie