

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a

legitymujący/a się dokumentem tożsamości

numer..... seria

numer PESEL (upoważniającego)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Pana/Panią

legitymującą/ą się dokumentem tożsamości

numer..... seria

numer PESEL (upoważnionego)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby:

.....
(rodzaj dokumentacji, nazwa oddziału, poradni lub innej komórki organizacyjnej)

miejscowość i data

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy

Niniejsze upoważnienie ma charakter wielorazowy

Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość

.....
data i podpis upoważniającego

.....

czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie