



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Bydgoszcz, dnia.....

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

PESEL

.....

.....

Adres zamieszkania

--

Nr kartoteki/poradnia

Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym.....
(seria i numer dokumentu)

upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioszek

w dniu..... Pana/ią.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującego/ą się dowodem osobistym
(seria i numer dokumentu)

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie