

.....
miejsowość, data

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr PESEL pacjenta: _____

oświadczam, że upoważniam:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)

.....
(data urodzenia lub nr PESEL osoby upoważnionej)

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej)

**do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszej
placówce.**

Niniejsze upoważnienie ma charakter:

- stały
 jednorazowy (zakres danych)

data i czytelny podpis upoważniającego
