

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Dane pacjenta, o którego kopię dokumentacji medycznej się wnosi

Imię i nazwisko

Imiona rodziców

Data i miejsce urodzenia

2. Dane osoby upoważnianej

Imię i nazwisko

Imiona rodziców

Data i miejsce urodzenia

3. Dane osoby udzielającej upoważnienia

Miejscowość _____ data _____

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym serii _____ nr _____
upoważniam do odbioru wnioskowanej przeze mnie dokumentacji medycznej zgodnie z punktem
2 niniejszego upoważnienia, Pana(nią)

legitymującego(-ą) się dowodem osobistym serii _____ nr _____

zamieszkałej _____

(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

(czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)