

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data
2. Imię i nazwisko pacjenta.....
3. PESEL.....(w przypadku braku PESEL podać datę urodzenia)
4. Ja, niżej podpisany/a upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/i
..... nr dokumentu tożsamości
5. Upoważnienie jest jednorazowe.
6. Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej musi okazać dowód tożsamości ze zdjęciem.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta