

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

\_\_\_\_\_  
Miejscowość; data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
PESEL

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_ upoważniam do odbioru  
mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią \_\_\_\_\_  
legitymującego/ącą się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pacjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie