



.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(PESEL)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany upoważniam Panią/Pana:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnianej – stopień pokrewieństwa, jeśli dotyczy)

.....
(numer dokumentu tożsamości osoby upoważnianej, nr PESEL)

Do obioru mojej dokumentacji medycznej, o udostępnienie której złożyłam/em wniosek
w dniu

.....
(czytelny podpis pacjenta)