

**Upoważnienie**  
do odbioru dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko pacjenta .....

2. Adres zamieszkania .....

3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana (-ią) .....

.....

legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
(Data i czytelny podpis pacjenta)