

## UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/-y .....

legitymująca/-y się dokumentem tożsamości .....

numer PESEL (upoważniającego) .....

upoważniam Pana / Panią .....

legitymującego się dokumentem tożsamości .....

numer PESEL (upoważnionego) .....

do odbioru dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....  
(podpis upoważnionego)