

Dotyczy pacjenta:

Nazwisko i imię

Data ur.PESEL

OŚWIADCZENIE

Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / podpisana

legitymujący / legitymująca się dokumentem tożsamości

Numer seria

Upoważniam Pana /Panią:

.....
 imię i nazwisko,

legitymującego / legitymującą się dokumentem tożsamości:

.....
 rodzaj dokumentu / seria / numer

numer PESEL / data urodzenia upoważnionego / upoważnionej

.....
 Numer PESEL / data urodzenia

do jednorazowego odbioru oryginału* / kopii* **mojej dokumentacji medycznej:**

.....
 rodzaj dokumentacji medycznej

.....
**Data i czytelny podpis osoby upoważniającej
 do odbioru dokumentacji medycznej**

.....
 Data i czytelny podpis upoważnionego

.....
 Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie
 lub data, pieczęć i podpis

*niepotrzebne skreślić