

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią* (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane Pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

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

* Niepotrzebne skreślić