

Upoważnienie do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej

1. Dane pacjenta, o którego kopię dokumentacji medycznej się wnosi

Imię i nazwisko _____

Imiona rodziców _____

Data i miejsce urodzenia _____

2. Dane osoby upoważnianej

Imię i nazwisko _____

Imiona rodziców _____

Data i miejsce urodzenia _____

3. Dane osoby udzielającej upoważnienia

Miejscowość _____ data _____

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym serii _____ nr _____

upoważniam do odbioru wnioskowanej przeze mnie dokumentacji medycznej zgodnie z punktem 2 niniejszego upoważnienia, Pana(nią) _____

legitymującego(-ą) się dowodem osobistym serii _____ nr _____

zamieszkałej _____

(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

(czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)