

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data.....
2. Imię i nazwisko pacjenta
3. Adres zamieszkania
4. PESEL.....
5. Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym wydanym przez
..... SeriaNr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana /Panią
..... legitymującego się dowodem
osobistym wydanym przez
- Seria Nr
6. Upoważnienia jest jednorazowe.

.....
czytelny podpis pacjenta