

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 wyciągu/odpisu/kopii/wydruku\* 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, pieczętka i podpis

\*niepotrzebne skreślić