

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, pieczęć i podpis

*niepotrzebne skreślić