

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres .....

PESEL .....

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

Upoważniam Pana/Panią ..... legitymującego się  
dowodem osobistym Seria ..... Nr ..... do odbioru dokumentacji medycznej.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)