



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany
(imię i nazwisko pacjenta)

Numer PESEL pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Pana/Panią
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)

.....
(numer telefonu osoby upoważnionej)

.....
(adres e-mail osoby upoważnionej*)

Numer PESEL osoby upoważnionej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby:

.....
(rodzaj dokumentacji, nazwa poradni, zakładu)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

.....
(miejsowość, data)

- Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.

.....
(data i czytelny podpis pracownika uprawnionego do udostępnienia dokumentacji medycznej)

*należy podać w przypadku odbierania dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej