

Legnica dnia

Jednorazowe upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

1. Upoważniający/ca: (pacjent/pacjentka)

Imię i nazwisko..... Pesel

Adres zamieszkania

Legitymującej/ego się dokumentem tożsamości seria i nr

Wydanym przez

Numer telefonu

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

2. Upoważniona/ny:

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej (Panią/Pana)

Imię i nazwisko

Legitymującej/ego się dokumentem tożsamości seria i nr

Wydanym przez

Nr telefonu

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)