**Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej**

**Upoważniam Pana/Panią**

……………………………………………………………………………………………………..

 (Imię i nazwisko )

**legitymującego/cej się dokumentem tożsamości nr**……………………………………………

**do odbioru dokumentacji medycznej**

……………………………………………………………………………………………………..

 (Imię i nazwisko pacjenta)

**Dane upoważniającego:**

…………………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko) ( pesel )

 **……………………………………………………….**

(data i podpis osoby upoważniającej)