**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)