

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)