

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ**



1. Miejscowość, data.....

2. Imię i nazwisko pacjenta.....

3. Adres Zamieszkania.....

4. PESEL

5. Ja niżej podpisana, legitymująca się dowodem osobistym Seria.....Nr..... upoważniam do  
obioru mojej dokumentacji medycznej

Pana( -nią).....

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

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

.....  
( data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

Poświadczenie notarialne lub rządowe wiarygodności złożonych podpisów

.....  
( data i podpis oraz stanowisko poświadczającego podpisy)