



## Upoważnienie do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

### Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i Imię .....

Legitymującego/(ca) się dowodem osobistym nr.....seria .....PESEL.....

### Do odbioru kserokopii mojej dokumentacji medycznej:

Nazwisko i Imię .....

Legitymującego/(ca) się dowodem osobistym nr.....seria .....PESEL.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis upoważniającego

### Uwaga

Upoważnienie do wydania kserokopii dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.