



Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią:

Nazwisko i Imię

Legitymującego/(cą) się dowodem osobistym nr.....seriaPESEL.....

Do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:

Nazwisko i Imię

Legitymującego/(cą) się dowodem osobistym nr.....seriaPESEL.....

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis upoważniającego

Uwaga

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