



**Upoważnienie do odbioru dokumentacji  
medycznej**

Wydanie: 6

Strona 1 z 1

1. Imię i nazwisko pacjenta: .....

2. Adres zamieszkania:.....

3. Nr PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria ..... nr .....  
upoważniam Panią/ Pana .....,  
legitymującą/ legitymującego się dowodem osobistym seria ..... nr ..... do odbioru  
mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu  
..... .

5. Upoważnienia jest jednorazowe.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta