1. Imię i nazwisko pacjenta: ………………………………………………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………….………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nr PESEL:
2. 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 …............................. .
3. Upoważnienia jest jednorazowe.

…………………………….…………………………………

Data i czytelny podpis pacjenta