

## UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana .....  
legitymująca się dokumentem tożsamości .....  
numer ..... seria.....  
numer PESEL (upoważniającego) .....

upoważniam Pana / Panią .....  
legitymującego się dokumentem tożsamości .....  
numer ..... seria.....  
numer PESEL (upoważnionego) .....  
do odbioru dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
(data i czytelny podpis osoby  
upoważniającej)

.....  
(podpis upoważnionego)