



**UPOWAŻNIENIE  
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Miejscowość, data .....
2. Imię i Nazwisko .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Nr PESEL

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

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....  
Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępniłam/ em  
wniosek w dniu ..... Pana/ Panią .....  
legitymującego/ ą się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....  
(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)