



Prestige

Opole dn.....

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Imię i nazwisko pacjenta - \_\_\_\_\_

2. Adres Zamieszkania - \_\_\_\_\_

3. PESEL - \_\_\_\_\_

4. Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym

Seria.....Nr..... upoważniam do obioru mojej dokumentacji medycznej

Pana (-nią) .....

legitymującego ( -ą ) się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....

( data i czytelny podpis pacjenta )

.....

( data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie )