

## UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane upoważniającego:

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres)

.....  
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

Upoważniam Panią/Pana \* .....

Legitymującą się/ legitymującego się\* .....

.....  
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do otrzymania kserokopii/odpisu\* dokumentacji medycznej z Oddziału

.....  
(nazwa oddziału)

.....  
(leczenie miało miejsce w okresie)

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis)