

**Upoważnienie  
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data .....
2. Imię i nazwisko pacjenta .....
3. PESEL ..... (w przypadku braku PESEL podać datę urodzenia)
4. Ja, niżej podpisany upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana (-ią)  
.....
5. Upoważnienie jest jednorazowe.
6. Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej musi okazać dowód tożsamości ze zdjęciem.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta