

 Skawina, dnia ………………………

**UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

Ja niżej podpisana/y………………………………………………………………………

legitymująca/y się dokumentem tożsamości………………………………………….

 ( wpisać rodzaj dokumentu, serię i nr )

upoważniam

Panią/Pana…………………………………………………………………………………..
 **(imię i nazwisko)**

legitymującej/-ego się dokumentem tożsamości ………………………………………….

 ( wpisać rodzaj dokumentu, serię i nr )

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

 ……………………………………………
 (**data i podpis pacjenta)**