Warszawa, dnia …..…………………....

DANE WNIOSKODAWCY/ PACJENTA

…………………………………………………..

*imię i nazwisko*

…………………………………………………..

*numer pesel lub data urodzenia*

…………………………………………………..

*adres zamieszkania*

…………………………………………………..

*nr dowodu tożsamości*

…………………………………………………..

*telefon kontaktowy*

UPOWAŻNIENIE

 DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

 **(w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej)**

Ja niżej podpisana/y upoważniam następującą osobę/osoby do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

…………………………………………………..

*imię i nazwisko*

…………………………………………………..

*numer pesel lub nazwa i nr dowodu tożsamości*

…………………………………………………..

*telefon kontaktowy*

……………………………………………………………………………..

 *Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*