



.....(miejsowość), dnia .....

**Dane upoważniającego (pacjenta):**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. nr PESEL: .....

**UPOWAŻNIENIE  
do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany/a, .....(imię i nazwisko) **upoważniam** do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioski w dniu .....  
Panią/Pana legitymującą/-ego się dowodem osobistym/paszportem seria .....nr  
.....

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej