

**UPOWAŻNIENIE  
DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Upoważniam Pana/Panią** *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

.....  
*(imię i nazwisko)*

**legitymującego/cej się dokumentem tożsamości** .....

**nr** .....

**do odbioru dokumentacji medycznej**

.....  
*(imię i nazwisko pacjenta)*

**Dane upoważniającego:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

.....  
*(data i podpis osoby upoważniającej)*