



Człuchów, dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta:

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta

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

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta)