

## UPOWAŻNIENIE

### Upoważniam Pana/ Panią:

Imię i Nazwisko .....

Legitymującego (cą) się dokumentem tożsamości: .....

### Do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani:

Imię i Nazwisko .....

Legitymującego (cą) się dokumentem tożsamości: .....

.....  
data

.....  
czytelny podpis upoważniającego

### Uwaga:

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej