

# UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na .....

legitymująca się dokumentem tożsamości .....

numer ..... seria .....

numer PESEL (upoważniającego) .....

upoważniam Pana / Panią .....

legitymującego się dokumentem tożsamości .....

numer ..... seria .....

numer PESEL (upoważnionego) .....

do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

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

.....  
(podpis upoważnionego)

Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.